Rok XLIV. Kraków 25 Lutego 1905. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt a instytucya „Kropli mleka“ *(Goutte de lait)* we Francyi.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński,

asystent kliniki chorób dzieci U. J. w Krakowie.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu krakowskiego Towarz. lekarskiego w dniu 1 lutego 1905).

Rozpowszechnienie sztucznego żywienia niemowląt jest faktem, nad którym można ubolewać, lecz z którym trzeba się pogodzić. Pośród uboższych warstw miejskiej zwłaszcza ludności zaledwo szczupła liczba dzieci korzysta w całej pełni z dobrodziejstw piersi matczynej; ogromna zaś większość skazaną jest na inne sposoby żywienia, mniej lub więcej niedoskonale. Oczywiście w bardzo niewielkiej liczbie przypadków przeszkodę do karmienia naturalnego stanowi istotna fizyczna niezdolność matki do karmienia piersią, znacznie częściej wchodzą w grę czynniki uboczne, raczej społecznej i ekonomicznej natury; to jednak postaci rzeczy nie zmienia: warunki społeczne stanowią nieraz przeszkodę równie faktyczną i równie niezwalczalną, co fizyczna niezdolność matki. Z jakichkolwiek tedy przyczyn matka nie może sama własną piersią wykarmić niemowlęcia, nastręcza się jako konieczność żywienie mieszane lub sztuczne.

Jak smutne były wyniki tego sposobu żywienia, jest rzeczą aż nadto dobrze znaną. Statystyki wszystkich krajów stwierdzają olbrzymią śmiertelność niemowląt sztucznie karmionych w pierwszym roku życia; wszystkie również zaznaczają ogromny odsetek chorób przewodu pokarmowego jako przyczynę śmierci. Dodajmy, że statystyka śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia nie wyczerpuje do dna całej tej smutnej kwestyi. Ileż sztucznie karmionych niemowląt po to tylko uchodzi śmierci w pierwszym roku życia, aby znaleźć ją w następnych latach z powodu przewlekłej wyniszczającej choroby! ileż z tych, które zostaną przy życiu, zachowują na zawsze ciężkie tych chorób następstwa!

Nasuwa się pytanie: czy rozpaczliwy ten stan rzeczy jest beznadziejny? czy niema sposobu ocalenia tych tysięcy istot, które, posiadając wszelkie warunki do życia, giną jedynie dla braku odpowiedniego pokarmu?

Ażeby znaleźć odpowiedź na te pytania, musimy uprzytomnić sobie wszystkie czynniki, działające przy sztucznem karmieniu szkodliwie na ustrój niemowlęcia i warunki, różniące ten sposób żywienia od karmienia piersią matki. Dziecko, żywione sztucznie, otrzymuje jako pokarm mleko obcego zwierzęcia. Mleko to, nieprzeznaczone przez naturę dla jego ustroju, jest z powodu swoich odmiennych własności chemicznych i biologicznych trudniejsze do strawienia i przyswojenia, niż mleko kobiece. To jest jedyna różnica zasadnicza. Obok niej występuje jednakże cały szereg czynników ubocznych, a odgrywających tutaj niezmiernie ważną rolę. I tak:

Dziecko karmione piersią dostaje pokarm pełny, zawierający wszystkie istoty pożywne mleka; — dziecko żywione sztucznie otrzymuje bardzo często mleko fałszowane, nieraz pozbawione w zupełności swoich najcenniejszych składników.

Dziecko karmione piersią dostaje pokarm w stanie zupełnie świeżym, chemicznie czysty, jałowy; — dziecko żywione sztucznie otrzymuje zwykle mleko mniej lub więcej zmienione, bardzo często zanieczyszczone substancyami chemicznemi, mającemi na celu dłuższe przechowywanie, zawierające wreszcie mniej lub więcej liczne drobnoustroje i ich toksyny.

Dziecko karmione piersią otrzymuje mleko jako pokarm wyłączny; — dziecko żywione sztucznie w znacznej większości przypadków dostaje obok mleka również inne substancye, przeważnie roślinne, bądź osobno, bądź też jako domieszkę do mleka.

Przy karmieniu naturalnem wreszcie sama natura reguluje do pewnego stopnia ilość pokarmu i czas karmienia; — przy żywieniu sztucznem ilości te pozostają zupełnie dowolne.

Oto warunki, towarzyszące w praktyce niemal stale żywieniu sztucznemu. Jak ważnem jest ich znaczenie dla zdrowia dziecka, o tem przekonywa codzienne doświadczenie. Jako przykład wystarczy przytoczyć ogromny wzrost śmiertelności niemowlęcej w miesiącach letnich, w czasie których mleko szybciej ulega zepsuciu.

Nie ulega zatem wątpliwości, że nie sam fakt karmienia dziecka mlekiem obcego zwierzęcia jest przyczyną tak opłakanych następstw żywienia sztucznego. Doświadczenie z życia zwierząt poucza, że młode jednego gatunku mogą się wychować przy piersi zwierzęcia innego gatunku. Głównym czynnikiem przyczynowym chorób i tej tak olbrzymiej śmiertelności sztucznie żywionych niemowląt są owe wyżej wymienione czynniki uboczne, jednem słowem warunki, w jakich sztuczne żywienie zazwyczaj się odbywa.

Warunki te, jakkolwiek zwykle towarzyszą sztucznemu sposobowi żywienia, nie są jednakże od niego nieodłączalne. Gdyby było w naszej mocy zmienić je na lepsze, gdybyśmy mogli usunąć wszystkie szkodliwie działające czynniki uboczne, naówczas sztuczne żywienie niemowląt, jakkolwiek

zawsze od naturalnego o wiele niższe, przestałoby być tą plagą, pochłaniającą zdrowie i życie tak licznych ofiar.

Rzecz prosta, że poprawa stosunków, których ostateczne przyczyny tkwią tak bardzo głęboko, bo w ubóstwie i w braku oświaty, nie jest rzeczą łatwą i że wymaga ona pracy długiej i bardzo umiejętnie zorganizowanej. Krajem, w którym praca ta została najdawniej podjęta, a organizacya najwcześniej stworzona, jest Francya. W kraju tym wskutek niedostatecznego przyrostu ludności i grożącego wyludnienia życie każdego niemowlęcia stało się dobrem niezmiernie cennem; dlatego też od szeregu lat najdzielniejsi badacze francuscy pracują nad odkryciem przyczyn śmiertelności niemowląt i nad sposobami jej zwalczania. We Francyi najwcześniej postawioną została i wprowadzoną w czyn zasada, że niemowlę winno być przedmiotem opieki i ochrony ze strony społeczeństwa i państwa; tutaj powstaje szereg urządzeń i instytucyi, jedynie dla ochrony tej przeznaczonych; we Francyi wreszcie, jeżeli nie zdołano dotąd rozwiązać w praktyce wszystkich wyżej przedstawionych kwestyi, to w każdym razie znaleziono i wskazano drogi, na których rozwiązania ich szukać i spodziewać się należy.

Korzystając z kilkumiesięcznego pobytu w Paryżu, starałem się jaknajdokładniej zapoznać z całym tym ruchem, prowadzonym pod tak popularnem dziś we Francyi hasłem „walki ze śmiertelnością niemowląt“, a który w nauce francuskiej zyskał sobie już odrębną nazwę „puericulture“. Dzięki uprzejmości lekarzy francuskich mogłem przypatrzeć się z bliska całej tamtejszej organizacyi i usłyszeć z ust głównych jej twórców i kierowników wiele cennych uwag i wskazówek. Usiłowaniem mojem będzie przedstawić obraz głównych prądów i kierunków tego ruchu, ścierających się we współczesnej nauce francuskiej; nie mogąc zaś w ramach tego odczytu wyczerpać wszystkich urządzeń, poświęconych ochronie wieku niemowlęcego, chciałbym przedewszystkiem uwzględnić te, które dałyby się zastosować u nas z jaknajwiększym pożytkiem, a których zorganizowanie nie przekracza bynajmniej środków materyalnych naszego społeczeństwa.

Akcya społeczna, która rozwinęła się tak niezwykle silnie we Francyi pod hasłem „walki ze śmiertelnością niemowląt“, jest dziełem ostatnich lat kilkunastu. Wprawdzie początków tego ruchu, którego inicyatorami i głównymi szermierzami są przedewszystkiem lekarze francuscy, należy szukać znacznie dawniej (że tylko wspomnę o twórcy pierwszych żłobków Firminie Marbeau i o słynnem prawie Roussel'a[1]), jednakże dopiero w ciągu lat ostatnich przybrał on charakter rzeczywistej walki, prowadzonej wytrwale, umiejętnie — i, co najważniejsza, skutecznie na wszystkich dostępnych polach. Akcya, podjęta początkowo dzięki poczatkowaniu i usiłowaniom prywatnym, przedostaje się stopniowo do instytucyi publicznych, zyskuje poparcie najwyższych sfer urzędowych, staje się przedmiotem obrad w parlamencie i obejmuje coraz szersze warstwy społeczne. Przyczyny tego nagłego zainteresowania się społeczeństwa wiekiem niemowlęcym są różnorodnej natury: jedna o charakterze bardziej miejscowym, to, jak wspomniałem, niedostateczny przyrost ludności francuskiej, o którym w ostatnich latach we Francyi tak wiele mówiono i pisano; drugą ogólniejszą przyczynę stanowią niewątpliwie nowe kierunki, przeważające w ostatnich latach w całej nauce medycyny, która nie zadawalnia się dzisiaj samem leczeniem już rozwiniętych chorób, lecz stara się odkryć ich przyczyny i zapobiedz im u samego źródła i która, nie ograniczając swojej działalności do jednostek, rozszerza ją na całe warstwy społeczne. Dzięki współczesnym zdobyczom bakteryologii ochrona wieku niemowlęcego, która należała przedtem raczej do zakresu filantropii, zyskuje ścisłe podstawy naukowe i coraz jaśniej określa i uświadamia sobie cele, do których dąży i środki, którymi rozporządza.

Walka podjęta przeciwko śmiertelności niemowląt streszcza się z natury rzeczy przedewszystkiem i prawie wyłącznie w zwalczaniu chorób przewodu pokarmowego. Statystyki francuskie wykazują, że te ostatnie zależnie od czasu i miejsca w 38—75% przypadków stanowią przyczynę śmierci niemowląt w pierwszym roku życia. Najczęstsza ta przyczyna śmiertelności niemowląt jest równocześnie najdostępniejszą do zwalczania: w każdym poszczególnym przypadku śmierci niemowlęcia z powodu chorób przewodu pokarmowego możemy prawie z pewnością orzec, że przy zachowaniu odpowiednich warunków zdrowie i życie dziecka mogło być uratowane. „Że 150.000 niemowląt, ginących corocznie we Francyi“, — powiada zasłużony filantrop francuski senator Paweł Strauss — „conajmniej 80.000, stawiając najniepomyślniejszą hipotezę, mogą i powinny być uratowane“.

Ponieważ najważniejszą i prawie jedyną przyczyną chorób przewodu pokarmowego stanowi żywienie sztuczne, a raczej, jak to zaznaczyłem na wstępie, sposób, w jaki żywienie to zazwyczaj się odbywa, nastręczają się przeto dwie drogi działania: powrót do żywienia naturalnego, lub też zasadnicza poprawa dzisiejszych warunków żywienia sztucznego. Popieranie karmienia piersią należy raczej do zakresu filantropii lub działalności społecznej i da się osiągnąć jedynie przez stworzenie stosunków, w których matka będzie mogła poświęcić się wyżywieniu własnego dziecka. Usiłowań w tym kierunku we Francyi nie brak; na razie jednakże przyczyny upadku naturalnego karmienia tkwią tak głęboko w dzisiejszym ustroju życia społecznego, że trudno się łudzić, aby zachętą lub nawet drobną pomocą materyalną można było wiele w tym kierunku osiągnąć. W każdym razie nawet połowiczne pod tym względem osiągnięte wyniki mają swoje znaczenie: im później dziecko przejdzie na żywienie mieszane lub sztuczne, tem mniejsze grozi mu z tej strony niebezpieczeństwo.

O ile pod tym względem zmuszeni jesteśmy mniejwięcej bezsilnie godzić się z istniejącymi faktami, o tyle w drugim kierunku przedstawia się ogromnie szerokie pole działania. Tu też z natury rzeczy przenosi się stopniowo punkt ciężkości całej akcyi: kwestya poprawy warunków żywienia mieszanego i sztucznego staje się głównym terenem walki ze śmiertelnością niemowląt. Walka ta z chwilą ścieśnienia i sformułowania swojego zakresu ogromnie zyskuje na intenzywności, kończy się okres prób, doświadczania i szukania, a powstaje typ organizacyi skończony, odpowiadający w zupełności swojemu celowi.

[1]) Prawo to, wprowadzone w życie w r. 1874, stawia pod bezpośrednią opieką i kontrolą władz państwowych każde dziecko niżej 2 lat, umieszczone za wynagrodzeniem w rękach osoby obcej, poza domem rodzicielskim.

Gdy mowa o sztucznem i mieszanem żywieniu niemowląt, przedewszystkiem wysuwa się na pierwszy plan kwestya mleka. Smutnym, lecz prawdziwym jest faktem, że z pomiędzy wszystkich produktów żywności, ten, który służyć ma jako jedyny pokarm dla niemowlęcia, ten właśnie stanowi przedmiot najbardziej niegodziwych i oszukańczych manipulacyi. Fałszowanie mleka w większych zwłaszcza miastach dochodzi do zastraszających rozmiarów; to zaś, co do rąk najuboższej ludności pod nazwą mleka się dostaje, oprócz barwy i nazwy, już nie wiele ma z mlekiem wspólnego. Nie będę wyliczał tutaj wszystkich sposobów, praktykowanych przez handlarzy bądź to w celu oszukania na ilości mleka lub na zawartości tłuszczu, bądź też dla ułatwienia przechowywania; nie potrzebuję również uzasadniać, jak bardzo szkodliwie mleko fałszowane i zanieczyszczone najrozmaitszemi substancyami chemicznemi działa na przewód pokarmowy dziecka; pragnę zaznaczyć tylko pewien szczegół, na który zwrócił niedawno uwagę jeden z pedyatrów francuskich. Opisuje on mianowicie przypadek, w którym dziecko żywione sztucznie zostało doprowadzone niemal do głodowej śmierci przez rodziców, wypełniających ściśle przepisy lekarza co do stopnia rozcieńczania mleka. Przepisy te były zupełnie racyonalne, lecz lekarz nie wziął w rachubę i nie mógł przewidzieć stopnia rozcieńczenia, któremu już uległo mleko, zanim do rąk kupującego się dostało tak, iż dziecko otrzymywało prawie czystą wodę, lekko zabarwioną mlekiem. I rzecz prosta, że wszystkie przepisy i zlecenia lekarza w tym kierunku będą złudne dopóty, dopóki nie będzie on pewnym mleka, z którem ma w danym razie do czynienia. Przeciwko fałszowaniu mleka przez przekupniów prowadzoną jest od lat kilku przez lekarzy francuskich bardzo energiczna akcya; przedmiot ten stał się przedmiotem obrad w parlamencie francuskim, gdzie w marcu 1904 r. sformułowanym został projekt bardzo ścisłego i surowego prawa w tym kierunku. Jako przykład, jak żywo sprawa ta jest braną przez lekarzy do serca, mogą posłużyć słowa, wyjęte z popularnej książki jednego z pedyatrów francuskich, który twierdzi, iż „fałszerze mleka dla niemowląt powinni być karani nie jak za przestępstwo, lecz za zbrodnię morderstwa, połączonego z kradzieżą, i to bez uwzględnienia okoliczności łagodzących, gdyż nie mają do nich najmniejszego prawa“, czyli, krótko mówiąc, skazuje na gilotynę wszystkich handlujących mlekiem w Paryżu. Są jednakże rzeczy, w które litera prawa z trudnością może wniknąć z dostateczną ścisłością i energią i tu pozostaje otwarte pole dla inicyatywy prywatnej. Dopóki mleko, przeznaczone dla niemowląt, będzie przedmiotem handlu, prowadzonego dla zysku, dopóty dziecko będzie narażone z tej strony na jaknajwiększe niebezpieczeństwa; jedynym pewnym i skutecznym środkiem zaradczym jest dostarczenie matkom mleka z pierwszej ręki z wykluczeniem wszelkiego kupieckiego pośrednictwa.

W dalszym ciągu tego odczytu będę miał sposobność omówić organizacyę, zapomocą której sprawa ta została rozwiązaną w Paryżu; obecnie przechodzę do dalszych warunków, jakie winno mieć mleko przeznaczone do karmienia niemowląt.

Przez wykluczenie pośrednictwa kupieckiego można w sposób względnie prosty osiągnąć bezwarunkową chemiczną czystość mleka; z kolei nasuwa się pytanie nieco bardziej zawiłe i będące dotąd przedmiotem wielu rozpraw, mianowicie sprawa czystości mleka pod względem bakteryologicznym. Ogólnie w domowym użytku przyjętym jest zwyczaj wyjaławiania mleka przez mniej lub więcej długie gotowanie lub ogrzewanie do 100° w łaźni wodnej. Postępowanie to nie zawsze trafia do celu. Jeżeli od czasu podoju do czasu gotowania mleka upłynęła dość duża chwila, jeżeli zwłaszcza dojenie nie odbywało się zbyt czysto, to przez ten czas może się w mleku rozmnożyć ogromna ilość bakteryi. Wprawdzie bakterye te ulegną przez gotowanie mleka zabiciu, lecz ogrzewanie to nie ma żadnego wpływu na zmiany chemiczne, jakie bakterye te już zdołały w mleku wywołać, ani też na wytworzone przez bakterye toksyny, mogące same przez się spowodować poważne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Doświadczenia, jakie Jemma i Figari wykonali na zwierzętach, wykazały prócz tego, że wprowadzenie do przewodu pokarmowego znacznej ilości zabitych bakteryi również nie jest dla ustroju obojętne. Z drugiej strony kilku lub kilkunastominutowe gotowanie nie zabija zarodników wielu bakteryi, powodujących kiśnienie mleka, zatem od czasu gotowania do chwili spożycia mleka może się — przy sprzyjającej ciepłocie — na nowo rozwinąć znaczna ilość bakteryi. Bakterye te nie są wprawdzie chorobotwórcze, lecz obecność ich w znacznej ilości powoduje w mleku zmiany chemiczne i może wywrzeć bardzo ujemny wpływ na strawność mleka, które wówczas ścina się w żołądku, zanim zostanie strawione. Oczywiście wszystkie te ujemne strony wyjaławiania mleka domowym sposobem przedstawiają znacznie większe niebezpieczeństwo w miesiącach letnich, czego dowodem ilość schorzeń przewodu pokarmowego u dzieci, tak ogromnie przeważająca w tej porze roku. Ażeby zatem wyjałowienie mleka sposobami domowymi osiągnęło cel zamierzony, musiałyby być zachowane następujące warunki:

1. Dojenie winno odbywać się o ile można jaknajczyściej.

2. Wyjałowienie musi nastąpić w jaknajkrótszym czasie po wydojeniu mleka.

3. Mleko winno być spożyte w niedługim czasie po uskutecznieniu wyjałowienia.

4. Tak przed, jak i po dokonaniu wyjałowienia mleko winno być przechowywane w nizkiej ciepłocie.

Warunki te, zwłaszcza wśród uboższych warstw ludności, nie są prawie nigdy ściśle przestrzegane; dlatego też, pomimo że wyjaławianie mleka przez gotowanie powszechnie jest przyjęte, wyniki jego, zwłaszcza w miesiącach letnich, wiele zostawiają do życzenia. Ażeby zatem uchronić niemowlę przed wszystkiemi niebezpieczeństwami, połączonemi z podawaniem mleka zwierzęcego, nie wystarcza zapewnić mu mleko bezwarunkowo czyste, zawierające potrzebną ilość pożywnych składników. Mleko to koniecznie musi być dostarczone w stanie jałowym, a wyjałowienie powinno być uskutecznione w jaknajkrótszym czasie po wydojeniu mleka.

Jednakże dostarczenie czystego, pewnego i jałowego mleka jestto dopiero połowa zadania. O ile wykarmienie dziecka przy piersi jest rzeczą stosunkowo prostą i łatwą, o tyle odchowanie niemowlęcia przy sztucznym sposobie żywienia jest sprawą niezmiernie subtelną, wymagającą bardzo ostrożnego i umiejętnego postępowania. Warunków tych nie

znajdzie dziecko, zdane wyłącznie na opiekę rodziców, gdyż, przypuściwszy nawet najlepszą wolę z ich strony, nie możemy żądać od nich umiejętności w sprawie, stanowiącej jeden z trudniejszych szczegółów sztuki lekarskiej. Nie zaradzi również dostatecznie złemu uprzystępnienie bezpłatnej porady lekarskiej, gdyż dziecko dostaje się w tym razie do rąk lekarza już po fakcie dokonanym, po wybuchu choroby, lub nawet po pewnym czasie jej trwania. W najlepszym razie uda się lekarzowi chorobę zażegnać, jednakże po pewnym czasie też same błędy staną się powodem nawrotu lub nowej choroby dziecka. Każdemu lekarzowi wiadomo, ile w sprawie żywienia i odchowania niemowląt panuje pomiędzy matkami zastarzałych przesądów i odwiecznych zwyczajów, które są równie szkodliwe i zgubne dla dziecka, jak trudne do wykorzenienia. Samo to jedno przekonanie matek, że dziecko, jeżeli krzyczy, to znaczy, że jest głodne i że należy je nakarmić, pochłania może tyleż ofiar, co niejedna nagminna choroba zakaźna. Cóż dopiero mówić o niedostatecznem przestrzeganiu czystości smoczków, o przeróżnych domieszkach i odwarach roślinnych, używanych do rozcieńczania mleka, wreszcie o najróżnorodniejszych środkach żywności, podawanych niemowlęciu, nieraz począwszy od pierwszych tygodni. Na to wszystko nie pomogą ani popularne broszury, zwykle najmniej czytane przez tych, dla których są właśnie przeznaczone, ani — jak to ma miejsce w Paryżu — rozdawanie przez urzędy gminne krótkiego zarysu higieny niemowlęcia każdej matce, zgłaszającej urodzenie dziecka, ani rozlepiane na ulicach podczas letnich miesięcy afisze z przepisami higieny. Jedynym sposobem rozwiązania tej sprawy jest, aby każde dziecko, żywione sposobem mieszanym lub sztucznym, pozostawało wraz z matką pod ciągłym i stałym nadzorem i kontrolą zawodowego lekarza. Z dzieckiem takiem należy postępować podobnie, jak z ozdrowieńcem, u którego każda nieostrożność może stać się powodem wybuchu niebezpiecznej lub śmiertelnej choroby.

(Dok. nast.)

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Studyum bolu fizycznego.

Skreślił

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Droga nerwowa przebiega od obwodu po dośrodkowych włóknach czuciowych. Po nich dochodzi do komórki zwoju międzykręgowego, która, jak wiadomo, ma wypustki rozgałęziające się w kształcie litery T. Z komórki zwoju międzykręgowego drugiem ramieniem wypustki zdąża do rdzenia przez korzonki tylne. Wszedłszy do rdzenia, dzieli się na gałąź wstępującą i zstępującą, z których każda oddaje wypustki poboczne (kollateralne). Dla nas główny interes przedstawia włókno wstępujące. Cały szereg tych włókien, wchodzących do rdzenia jednym korzonkiem, podzielić sobie możemy na dwie kategorye. Jedne z tych włókien po krótkim przebiegu w górę kończą się, drugie zaś mają przebieg znacznie dłuższy, gdyż dają się wykazać jeszcze w dolnej części rdzenia pacierzowego. Pierwsze z tych włókien stanowią drogą czuciową krótką, drugie długą. Końce drogi długiej czuciowej oplatają komórki w jądrach Golla i Burdacha. W ten sposób podrażnienie udziela się komórkom tych jąder. Cała droga od powierzchni czuciowej aż do jąder Golla i Burdacha jest, jak widzimy, utworzona przez jedną tylko komórkę, t. j. komórkę zwoju międzykręgowego i jej wypustki. Ta komórka stanowi nam pierwszorzędny neuron czuciowy. Włókna nerwowe komórek Golla i Burdacha zdążają w dalszym ciągu ku korze mózgowej. W przebiegu swym na dnie komory czwartej krzyżują się one z linią środkową ciała. Po włóknach tej drogi dochodzi podrażnienie do kory mózgowej, a w niej do świadomości. W tej drodze przenoszenia się wrażeń czuciowych do kory biorą udział tylko włókna czuciowych długich dróg rdzenia.

Powiedzieliśmy jednak powyżej, że prócz dróg długich mamy jeszcze cały szereg włókien, stanowiących drogę czuciową krótką. Wiemy dzięki doświadczeniom Münzera i Bikelesa, że drogom tym krótkim przypada ważna rola w przenoszeniu czucia bolu. Każde z włókien dróg czuciowych krótkich oddaje szereg wypustek pobocznych, a te rozgałęziają się koło komórek istoty szarej rdzenia. Przez te komórki czucie bolu przenosić się musi w dalszym ciągu ku korze mózgowej. Te drogi czuciowe, wychodzące z komórek rdzenia, biegną w sznurach bocznych. Podrażnienie, o ile się zdaje, musi przechodzić przy drogach czuciowych krótkich przez móżdżek (przez drogę Gowersa). Włókienka poboczne dróg czuciowych, tak krótkich jak i długich, rozgałęziają się częściowo i koło komórek ruchowych, leżących w rogach przednich rdzenia. Tą drogą, bez udziału kory mózgowej, mogą dochodzić do skutku ruchy odruchowe. (Jest to tak zwany krótki łuk odruchowy).

Układ nerwowy ośrodkowy posiada kilka cech, jemu właściwych. Zwrócimy tu głównie uwagę na substancyę szarą. Pierwszą cechą substancyi szarej jest pobudliwość, t. j. zdolność oddziaływania stanem czynnym na podniety zewnętrzne. Stan czynny substancyi szarej posiada swoistą sobie cechę okresowości. Czynność ta nie jest ciągłą, lecz przerywaną okresami różnej długości spoczynku. Z dalszych cech wspomnieć należy o zdolności sumowania podniet, co znowu jest przyczyną, że w układzie ośrodkowym nieraz słaba podnieta wywołuje jakby wybuch, sprawiając nieporównanie większy efekt, jakby się tego spodziewać należało. Ruch nerwowy, przechodząc przez substancyę szarą, wzrasta niepomiernie, gdyż w komórkach nerwowych spotykamy tam ogniska ciągle się gromadzącej energii potencyalnej. Jak dla każdego innego nerwu, tak i tu mamy pewien próg i kres pobudliwości. Wskutek zdolności sumowania podniet, nawet najsłabsze podrażnienia, występujące po kolei, wywołać mogą stan czynny układu ośrodkowego.

Prawidłowe oddziaływanie na stan czynny wymaga pewnego odstępu czasu między jednem podrażnieniem, a drugiem. Cóż dzieje się, gdy odstępy czasu są za krótkie?

Richet wykazał, że przy stosowaniu prądu indukcyjnego, przy pewnym odstępie cewek, jednorazowe zamknięcie nie wywołuje nawet czucia dotyku, natomiast bardzo częste może wywołać ból.

Jeżeli zważymy nadto, że w substancyi szarej prze-

noszenie podrażnienia odbywa się 12 razy wolniej (Helmholtz), niż w białej, to zrozumiemy łatwo, że w razie dostrzegania szybkich podniet z obwodu musi następować coraz większy niestosunek między czynem i odczynem. Sumowanie podniet sprawia, że i podniety najsłabsze wywołać mogą ten niestosunek.

Bardzo słabe, lecz częste wrażenia czuciowe, lub bardzo silne, wywołują ból. Zachodzi pytanie, czy zwykłe podniety dotykowe, niebolesne, mogą wywołać ból. Częściowo odpowiedź na to, wprawdzie nie w warunkach prawidłowych, znajdujemy w pięknych doświadczeniach Naunyna, który dowiódł, że zwykłe, niebolesne dotykowe podniety w wiądzie w miarę ich powtarzania, stają się bolesnemi[4]). W wiądzie rdzenia, wskutek schorzenia korzeni tylnych, spotykamy znaczne zwolnienie przenoszenia wrażeń tak, że i zwykłe dotykowe wrażenia już dla substancyi szarej są za częste, a przez to i bolesne.

Bolami, powstającymi ze sumowania drobnych podniet, są bole peryodyczne, jak bole nocne, zapalne, przymiotowe (*dolores osteocopi*), bole przy ucisku nerwów, a w końcu bole porodowe.

Szanow. koledze Dr. Bochenkowi składam w tem miejscu serdeczne podziękowanie za łaskawie udzielone mi wskazówki.

Nie każdy ból jest jednakim. Innym jest ból zapalny, innym kolka wątrobowa, innym ból w migrenie. Chcąc stworzyć sobie pewien podział w różnych gatunkach bolów, musimy to uczynić, analizując ból pod względem jego cech podmiotowych i przedmiotowych.

W drobnostki i cechy indywidualne wchodzić nie możemy, bo otrzymalibyśmy mnóstwo rodzajów bolu. Hahnemann przyjmuje aż 73 różnych rodzajów bolu. Georget zna ich tylko 38, Renaudin 12.

Jak wspomniałem, podział bolów przeprowadzić możemy ze stanowiska podmiotowego i przedmiotowego. Podział podmiotowy o tyle jest niedokładny, że polega na określeniach bolu przez pacyentów, czyli na określeniu tak zwanego pojęcia i poczucia bolu. Określenia podmiotowe bolu są bardzo niedokładne, zależą one bowiem od takich czynników, jak:

1. pobudliwość i wytrzymałość układu nerwowego osobnika;
2. natężenie, częstość i jakość podniety;
3. inteligencya osobnika;
4. stan zdrowotny osobnika;
5. rozległość obszaru, na który działa podnieta.

Różnice osobnicze w progu pobudliwości nerwów już w warunkach prawidłowych są bardzo wielkie, a i u tego samego osobnika w różnych nerwach różnice są znaczne[5]), a nawet w tym samym nerwie spotykamy wahania. Wiemy n. p. z fizyologii, że niektórzy ludzie widzą gołem okiem gwiazdy 7 wielkości, n. p. księżyce Jowisza, większość jednak spostrzega tylko gwiazdy 5 wielkości. Muzycy według Helmholtza oceniają różnice w tonach, mające się do siebie jak 1000 : 1001. Smakosze oceniają najdelikatniejsze różnice w bukiecie i smaku wina; ślepi mają dotyk znakomicie wyrobiony. Są ludzie, którzy mogą spokojnie patrzeć w słońce; są tacy, co zapachu amoniaku nie uważają za ostry. Różnice te są częściowo wrodzone, częściowo nabyte kształceniem układu nerwowego. Pobudliwość nerwów ulega ciągłym wahaniom; nic więc dziwnego, że nietylko różni ludzie różnie ból oceniają, ale i że ten sam człowiek różnie określi natężenie bolu. Z biegiem czasu ból stać się może drugą naturą człowieka, a nawet może stać się rozkoszą, jak tego mamy liczne dowody w rozmaitych zboczeniach płciowych.

Ta różna pobudliwość różnych nerwów objawia się typowo tem, że pewne czynniki mogą podnosić, inne natomiast obniżać pobudliwość specyalnej tylko grupy nerwów.

Wogóle pobudliwość nerwową podnoszą: mierne ciepło, słabe prądy elektryczne (zwłaszcza galwaniczne wstępujące), alkohol w małych dawkach, kawa, herbata i t. d.

Zmniejszają: wyższa ciepłota, zimno, silne prądy (zstępujące galwaniczne), alkohol w dużych dawkach, chinina, przetwory makowcowe, chloral i inne leki kojące.

Pobudliwość więc zależy od wielkiej liczby czynników i co dla jednego jest bolesnem, drugiemu nawet przykrości nie sprawia[6]).

Częstość, jakość, rozległość obszaru zadziałania i natężenie podniety mają też znaczny wpływ na poczucie bolu. Naunyn spostrzegał w jednym przypadku wiądu rdzenia, że drażnienia skóry na nodze zapomocą włosa, nie przekraczające progu świadomości, zostawały odczutemi w 6—20 sekund. Jeżeli jednak drażnienia te były powtarzane 60—600 razy na sekundę, wtenczas występował już ból. Ból jest tem silniejszy, im podrażnienie obejmie większy obszar ciała, chociażby podnieta stosunkowo była nawet mniejszą. Palec włożony do wody, mającej około 50° stopni, doznaje uczucia silnego gorąca; zanurzona ręka odczuwa w tych samych warunkach już ból[7]). Każdy woli jedno, nawet bardzo silne wrażenie bolesne, niż słabsze, lecz występujące często. Na określenie bolu wpływa niepomiernie narząd, w którym ból powstaje. Bole w stawach i samych nerwach bywają określane zwykle jako strzykające, w zębach świdrujące, na błonach śluzowych — palące, na skórze — piekące, w kościach — drące, łamiące. Bole zapalne określa się jako pukające, gośćcowe jako głuche i t. d. Nazw tych mamy mnóstwo; zachodzi pytanie, skąd one pochodzą?

Czucie bolu, jak powiedzieliśmy wyżej, składa się z dwóch części: z wrażenia przedmiotowego i uczucia pod-

[4]) Naunyn wywoływał ból przez wielokrotne rytmiczne dotykanie skóry pędzelkiem, końcem igły, główką od szpilki i t. d. Po 3—45 sekundach uczuwali chorzy ból, który się szybko nasilał, by ustać mimo dalszego trwania podniety. Po pewnej pauzie występował na nowo. Stosunek przerw do podniety był taki, że w miarę szybkości dotykania i przerwy stawały się dłuższemi.

[5]) Donders wykazał, że stosunkowo pobudliwość nerwu ocznego jest większą od słuchowego, a tegoż znów większą od czuciowego. Stosunek przedstawia się jak 7 : 6 : 5. Badania te potwierdził w zupełności Exner.

[6]) Collier przytacza dowód małej wrażliwości na ból u dzikich. Po przywiezieniu na Nową Zelandyę obuwia, próżność tubylców zaostrzyła się do tego stopnia, że dobijano się przemocą o buty. Gdy kto dorwał się jakiej pary, to przemocą wbijał je na nogę. Gdy but był za mały, natenczas odcinano sobie 1 lub i kilka palców, krwotok tamowano konopiami i wtłaczano but na nogę.

[7]) Zniesienie czucia bolu, czyli „analgesia“, łączy się często z niewrażliwością na ciepło; natomiast zniesienie czucia (anaesthesia) idzie często w parze z nieczułością na zimno.

miotowego. Jeżeli wrażenie przedmiotowe przeważa, wtenczas chory od niego nadaje bolowi nazwę, n. p. w bolu kurczowym, gdzie ból występuje równocześnie z kurczeniem się mięśni. W przypadkach zaś bolu, przedmiotowo nie określonego chory stara się na mocy doświadczenia wyrazić drogą porównania wrażenie bolesne, którego doznaje. Ból n. p., występujący w kilku miejscach równocześnie, łączą chorzy w wyobraźni najkrótszemi liniami idealnemi i stąd powstaje określenie bolu przeszywającego na wylot. Podobnie dużo miejsc bolesnych na czaszce robi wrażenie czepca; na nodze ucisku buta; na brzuchu uciskania pasem; na piersi ściskania łańcuchami i t. d. Bole kostne cechuje uczucie darcia i łamania, gdyż pacyent łączy tu znów doznawane wrażenie z wyobrażeniem, jakieby powstać musiało przy urazie kości od zewnątrz. Ból umiejscowiony ściśle w jednym punkcie zowie pacyent kłującym; więcej rozlany palącym; idący wzdłuż nerwu — latającym i t. d.

Abstrahując od określeń podmiotowych, o wiele lepszym podziałem, gdyż traktującym istotę rzeczy, a nie jej objawy jest podział Goldscheidera i Beaunixa.

Goldscheider dzieli bole na:

1. prawdziwe (podrażnienia mechaniczne, chemiczne, ciepłotne, zapalne, trucizniane);

2. pośrednie (rzekome w przypadkach schorzeń narządów ogólnych, n. p. bole głowy, pochodzące z żołądka);

3. duchowe (nerwice, histerya, hipochondria, poddawanie).

Beaunix rozróżnia również trzy kategorye:

1. bole wskutek niedostatecznego działania ośrodków;

2. bole wskutek nadmiernego działania ośrodków;

3. bole wskutek ustania działania ośrodków.

Podziały te podają nam choć w ogólnych zarysach szemat, do którego wszystkie kategorye bolów odnieść możemy.

Erb łączy w końcu uczucia podmiotowe z przedmiotowemi i dzieli bole na:

1. pomieszane ze zmysłowemi wrażeniami, n. p. ból piekący;

2. bole według umiejscowienia i rozszerzenia, n. p. ból kłujący;

3. bole wskutek zmiany w podniecie, n. p. ból pukający i kurczowy.

Ze względu na czas trwania możemy sobie podzielić bole na ciągłe i chwilowe. Bole ciągłe mogą się nasilać i zwalniać. Bole chwilowe występują w równych odstępach czasu (peryodyczne), lub też w nieregularnych. Bole przerywane spotykamy:

I. Jako bole, występujące równocześnie z tętnem, szczególnie w zapaleniach. Bole te pochodzą ze wzmożonego ucisku zakończeń nerwowych przez wysięk przy skurczu serca.

II. Bole przerywane (mimo ciągłej podniety) wskutek znużenia układu nerwowego i odwrócenia uwagi.

III. Bole przerywane w dużych odstępach czasu (rwa, ucisk na nerw). Napady bolu występują tutaj nieraz bez widocznej przyczyny w okresowych lub nieokresowych odstępach czasu. Ból chwilowy może powstawać i znikać powoli, lub też nagle. (C. d. n.)

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

C) O mięsieniu w chorobach rdzenia pacierzowego.

W zakres leczenia mięsieniem wchodzą także niektóre cierpienia rdzenia pacierzowego. Na pierwszem miejscu wymienić tu należy: *poliomyelitis anterior*, *paralysis essentialis infantum* (porażenie rdzenia u dzieci). Pod niejednym względem choroby te podobne są do wymienionej już *polyencephalitis* i leczenie ich jest prawie takie samo. Zwykle już wkrótce po napadzie rozpoczynamy mięsienie, a później elektryzowanie. Często leczenie to sprowadza zupełne ustąpienie porażenia; w przypadkach bardzo ciężkich i upartych przychodzi nieraz stosować mięsienie przez całe lata, a nie mniej jak rok. W pewnym przypadku, w którym sama matka wykonywała mięsienie chorego dziecka, widzieliśmy znaczną poprawę w cztery lata po napadzie. W nowszych czasach ortopedya operacyjna osiągnęła niemałe zdobycze. Według naszego jednak doświadczenia nie należy przedsiębrać zabiegów operacyjnych przed upływem dwóch lat. Wystarczy, jeżeli staramy się mięsieniem i odpowiednimi przyrządami zapobiedz przypuszczalnemu pogorszeniu, a zwłaszcza powstaniu przykurczeń. W przeciągu czasu tego może niejedno uledz dobrowolnemu polepszeniu i to w stopniu wyższym, niżby to operacya zdziałać mogła.

Podobnie też leczymy chorobę, często opisywaną w ostatnich czasach pod nazwą „choroby Little'a“, która występuje zwykle jako wrodzona, a objawia się kurczowemi porażeniami mięśni. Stosownem mięsieniem (głównie klepaniem), ćwiczeniami gimnastycznemi i o ile zachodzi potrzeba, zabiegami ortopedycznemi możemy w cierpieniu tem osiągnąć zadziwiająco dobre wyniki.

W dalszym ciągu stosujemy mięsienie w wiądzie; oczywiście mięsienie jest tylko środkiem dopomagającym innym metodom, a zwłaszcza gimnastyce. W przypadkach wiądu mięsimy całe ciało zgodnie z zasadami ogólnemi mięsienia. Czas jednego mięsienia nie powinien być zbyt długi (nie dłuższy nad pół godziny); dłuższe bowiem mięsienie zbyt męczy i osłabia chorego. Opis całokształtu leczenia wiądu rdzenia pomijamy, mięsienie bowiem jest tutaj tylko środkiem pomocniczym.

Mięsienie w nerwicach o niejasnej podstawie anatomicznej.

Dobre wyniki mieliśmy w jednym przypadku *paralysis agitans* po zastosowaniu mięsienia i prądu galwanicznego. Drżenie kończyn zmiejszyło się znacznie i to już w przeciągu jednego miesiąca. Dobry wynik daje również mięsienie w niektórych przypadkach neurastenii i histeryi. I tu zalecamy mięsienie całego ciała, nie dłużej jednak, jak przez piętnaście do dwudziestu minut i nigdy zbyt silnie. W neurastenii możemy łagodnem mięsieniem uzyskać uspokojenie nerwów i wywołać uczucie rzeźwości w całem ciele, a przez pobudzenie przemiany materyi podnieść odżywienie i dodatnio wpłynąć na ogólny stan chorego. Co jest przyczyną korzystnego działania mięsienia w histeryi, trudno dociec; prawdopodobnie wpływa tu ten sam czynnik, co w neurastenii. Nie da się jednak zaprzeczyć, że i poddawanie w cierpieniach tych jest spółczynnikiem leczenia, podobnie, jak i w niektórych psychozach, gdzie mięsieniem możemy również uzyskać poprawę.

VI. O mięsieniu w chorobach serca i naczyń.

W czasach najnowszych coraz częściej mięsienie bywa stosowane w chorobach serca i naczyń krwionośnych. Własnem doświadczeniem nauczeni, zwracamy uwagę na korzy-

stny wpływ mięsienia w niedokrewności i blednicy u dzieci. W większości przypadków, które mieliśmy w leczeniu, chodziło o dzieci, głównie dziewczęta, wątłe, źle odżywione, z przeróżnemi skrzywieniami kręgosłupa. Mięsienie stosowaliśmy w przypadkach tych głównie ze względu na skrzywienia kręgosłupa i dlatego mięsiliśmy głównie grzbiet. Obok tego wykonywały te dzieci i ćwiczenia na odpowiednich przyrządach, oraz gimnastykę Zwykle w krótkim już czasie następowała znaczna poprawa ogólnego stanu: zwiększało się łaknienie, nastrój psychiczny korzystnie się zmieniał i zwiększał się ciężar ciała. Dzieci, przedtem apatyczne i ciche, ożywiały się, twarzyczki ich nabierały kolorów, jednem słowem postęp był pod każdym względem widoczny. Nie mało też wpływało to leczenie i na wzrost dzieci. W przeciągu czterech do pięciu miesięcy niektórym z nich przybyło cztery do pięciu ctm. na wzroście, a odnosi się to do dzieci o nieznacznych skrzywieniach, wyrównywanie których wpływu tu nie miało. U dzieci ze skrzywieniami większemi przybytek na wzroście zależał naturalnie tak od wyrównania skrzywienia, jak i samego wzrostu, zatem był o wiele znaczniejszy.

Dobrze też wpływa mięsienie na indywidua, dotknięte miażdżycą tętnic i niektóremi wadami serca (głównie: niedomykalnością zastawek) O zupełnem naturalnie uzdrowieniu takich chorych nie może być mowy. W ciężkich jednak przypadkach, połączonych zwłaszcza z niedomogą serca, możemy nieraz mięsieniem przynieść pacyentom znaczną ulgę Mięsimy tu najpierw brzuch, wskutek czego wtłaczamy krew do większych naczyń brzusznych, a przez to pomniejszamy pracę serca, które mniejszego już potrzebuje wysiłku dla przyjęcia ograniczonej w ten sposób ilości krwi i wpędzenia jej w krążenie ogólne. Mięsienie więc działa tu podobnie, jak stosowany dawniej upust krwi. Dalej mięsimy w przypadkach powyższych kończyny, co działa z jednej strony podobnie, jak mięsienie brzucha, z drugiej zaś strony wzmaga przemianę materyi i lepsze odżywienie ścian naczyniowych. Mięsienie winno tu być dość energiczne, a zwłaszcza nie należy zapominać o klepaniu. Dobrze jest w przypadkach lżejszych podzielić sobie mięsienie poszczególnych okolic ciała na cały szereg posiedzeń: n. p. mięsić jednego dnia kończyny, drugiego dnia tylko brzuch, trzeciego grzbiet i kończyny, dalej znów tylko kończyny i t. d. Sposób ten mniej nuży chorego, a wynik jest ten sam. W razie powstania niedomogi serca dobrze ma działać lekkie klepanie przedniej ściany, klatki piersiowej w okolicy serca, jako środek pobudzający jego energię.

Mięsienie brzucha, wykonywane od czasu do czasu, przynosi ulgę w cierpieniach krwawnicowych, naturalnie wówczas tylko, gdy sploty żył krwawicowych nie są zbyt wielkie.

Niektórzy autorowie sądzą, że ostrożnem mięsieniem można powstrzymać wzrost żylaków. W przypadkach lżejszych mięsienie ma zastąpić wszelkie bandaże i elastyczne pończochy, które raz zastosowane, czynią z chorego inwalidę aż do śmierci. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

V. Manninger: **Der Entwickelungsgang der Antiseptik und Aseptik.** (Str. 168 in 8-vo. Wrocław 1904. J. U. Korn).

Rzecz konkursowa, nagrodzona przez węgierską Akademię umiejętności. Autor postawił sobie za zadanie zebrać materyał, dotyczący przeciwgnilnego i bezgnilnego postępowania, od najdawniejszych aż do naszych czasów. Punkt wyjścia badań jego stanowią wprawdzie zapatrywania na leczenie chorób, wchodzących w zakres chirurgii Greków, Indów, Egipcyan i narodu żydowskiego: lecz załatwiwszy się względnie szybko z poglądami tych narodów, autor przechodzi do wieków średnich i daje wyraz postępowym poglądom Rhazesa, szkoły salernitańskiej, obydwóch Borgognonich, Henryka de Mondeville, Jana da Vigo, Würtza i innych, których poglądy uważa za ważne dla historyi rozwoju postępowania przeciwgnilnego. Ważnemi zaś są one z tego powodu, gdyż stanowią dowód, że już w czasach panowania dogmatyzmu w naukach lekarskich przebijała u niektórych dążność do antyseptyki. Następstwem tego było, że się powoli zaczął przygotowywać grunt do odkrycia drobnoustrojów, powstania t. zw. *„pathologia animata“*, że zaczęto wykonywać doświadczenia, odnoszące się do działania środków przeciwgnilnych i powstały nowe poglądy na patologię i istotę ropnicy. Przy stosunkowo dosyć pierwotnych sposobach badania, jakoteż z powodu bardzo wielu nowych rzeczy, wprowadzonych do celów badania przyrodniczego, naturalnem jest, że wyniki i wnioski z tych badań z początku wielokrotnie nie odpowiadały rzeczywistości. Kierunku jednak badania, raz wskazanego, badacze więcej nie opuścili. Wyniki zaś jego porównywa M. z linią falistą, na której można zaznaczyć wzniesienia i spadki, akomodujące się do wstrząśniętych już wprawdzie w swoich podstawach, lecz i tu i ówdzie przecież się jeszcze wybijających na wierzch, dawnych nauk. Wtedy przyszła w pomoc nauka Broussais'a o zapaleniu. Z błędnej teoryi wynikł błędny sposób leczenia. Rozpoczął się dla chirurgii okres stosowania na wielką skalę kataplazmów, maści i upustów krwi, a z niemi i złe następstwa dla chorych. Liczba chorób przyrannych zaczęła się tak gwałtownie powiększać, że musiano się zacząć zastanawiać nad innymi środkami leczniczymi, a błąd, w który chirurdzy z powodu teoryi Broussais'a popadli, stał się w ten sposób punktem wyjścia nowych zbawiennych badań, których szczytem są odkrycia Semmelweisa i Listera. Chyba tu nie potrzeba wspominać, że punktem kulminacyjnym dzisiejszej pracy są ci dwaj badacze i że lwia część książki poświęcona ich naukom. Pierwszy z nich, jako pierwszy wogóle na nowem polu, musiał ciężkie staczać zapasy z przeciwnikami. Jakkolwiek długi czas sam jeden stał w obronie nowych teoryi, nie dał za wygraną, aż mu los przez tragiczną śmierć broń z ręki wytrącił. Ogólnego przyjęcia swoich poglądów w położnictwie nie doczekał się Semmelweis; nastąpiło to dopiero po jego śmierci. Co jednak dla położnika było już jasnem, musiało jeszcze czekać na przyjęcie przez chirurgów. Tu przyszła w pomoc podnieta z całkiem odmiennej strony. Trzeba było bowiem dopiero nauk i badań Pasteura, odnoszących się do fermentacyi i gnicia, by Listera pobudzić do bliższego zajęcia się bakteryologią, zwrócić mu uwagę na znaczenie drobnoustrojów dla chorób przyrannych i przez to dojść do postępowania bezgnilnego.

Wskazawszy bliżej na stosunek, jaki istnieje pomiędzy postępowaniem bezgnilnem a naukami Semmelweisa i Listera, dochodzi M. ostatecznie do wniosku, że już w naukach tych dwóch szermierzy jest przeprowadzona zasada bezgnilnego postępowania i zapobiegawczej antyseptyki.

Kilka rozdziałów, poświęconych sposobom odkażania, postępowaniu przeciw- i bezgnilnemu i bogatej statystyce, zamyka piękną pracę, stanowiącą godny uznania przyczynek do dziejów chirurgii. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dr. Haim. **Przyczynek do zapalenia otrzewnej około wyrostka robaczkowego na tle pneumokokowem.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Zapalenie ostre otrzewnej, wywołane pneumokokami, oddawna jest znane. Bruns pierwszy podał dokładny obraz kliniczny tego cierpienia: po przebyciu niestale występujących objawów nieżytu oskrzelowego, zapalenia płuc lub opłucnej, występują objawy zapalenia otrzewnej.

Na początku, w okresie ostrym, mamy wysoką gorączkę, bole rozlane, wymioty i najczęściej biegunkę, — poczem przechodzi sprawa zapalna w okres przewlekły wśród umiejscowienia się bólów

w pewnem miejscu. Temu obrazowi towarzyszy prawie stale bębnica, a po pewnym czasie wykryć można wysięk wolny lub otorbiony, którego ulubionem siedliskiem jest przestrzeń między pępkiem a wzgórkiem łonowym. Przy końcu choroby występuje znaczne wychudnienie i upadek sił. — Istnieją jednak przypadki, a to przeważnie u osób starszych, gdzie obraz kliniczny zapalenia pneumokokowego otrzewnej niczem się nie różni od zapalenia innego pochodzenia i wtedy rozpoznanie natrafia na wielkie trudności.

Autor spostrzegał i operował dwa przypadki zapalenia wyrostka z następowem zajęciem otrzewnej (i to na tle pneumokoków), gdzie na podstawie wywiadów przebyłego poprzednio cierpienia płuc i znamiennego obrazu mikroskopowego krwi jeszcze przed operacyą postawił pewne rozpoznanie.

Według niego pneumokoki dostają się do otrzewnej najczęściej z przewodu pokarmowego; prócz tego także drogą naczyń krwionośnych i chłonnych, oraz wprost z opłucnej przez przeponę; zwraca jednak uwagę, że do zakażenia pneumokokowego zaliczyć należy tylko te przypadki, gdzie *diplococcus pneumoniae* występuje samoistnie, w czystej hodowli. Otóż w swych przypadkach znalazł autor w preparatach krwi wybitną leukocytozę z przeważającymi wielojądrzastymi leukocytami, a prócz tego gęstą i bogato rozwiniętą sieć włóknikową.

Jedynie na zmianie we krwi mógł autor w rozpoznaniu się upewnić, gdyż zresztą przedstawiały się oba przypadki jako ciężkie zakażenie ogólne. W odróżnieniu od zapalenia wyrostka robaczkowego, z innej przyczyny powstałego, zwraca on uwagę na często występujące bóle głowy, na kilkakrotnie przebyte przedtem zapalenia płuc, częsty brak gorączki, czego wszystkiego w zwykłem zapaleniu wyrostka robaczkowego nie zauważono. — Rokowanie — wedle niego i o ile na podstawie tylko tych dwóch przypadków wnosić można — jest b. poważne.

Nie zgadza się autor z radą Jensena, aby wtedy dopiero operacyę wykonać, kiedy się już wyraźny wysięk wytworzył, a poleca jaknajwcześniejszą operacyę. *Dr. Max Hermelin.* (Lwów).

H. Leo. **O uleczalności cukrzycy i o jej stanie utajenia.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1904). Porównywując badania różnych badaczy, dotyczące kwestyi uleczalności cukrzycy, wykazuje autor niezgodność zdań Seegena, v. Meringa, Rumpfa z jednej strony, Cantaniego, Noordena i Ewalda z drugiej; pierwsi uważają cukrzycę za chorobę nieuleczalną, drudzy sądzą wprost przeciwnie; pośrednie stanowisko zajmują Senator i Hirschfeld. Różnicę tych zapatrywań można wytłómaczyć tem, iż dotychczas nieprzeprowadzono ściślej granicy między cukrzycą prawdziwą a glikozuryą, prócz tego nie wszyscy są zgodni co do pojęcia o wyleczeniu zupełnem cukrzycy. Autor uważa tylko takiego osobnika za stale wyleczonego, którego mocz nie zawiera cukru mimo spożywania nieograniczonych ilości węglowodanów. Kładąc nacisk na „ilość nieograniczoną", temsamem nie zgadza się L. ani z Cantanim, ani z Noordenem, którzy uważają chorych już za wyleczonych, jeśli posiadają li tylko mierną zdolność przeróbki węglowodanów, tak, że przy nadmiernych ilościach tego rodzaju pokarmu, cukier znów się pojawia w moczu. Z tego punktu widzenia na tę sprawę zapatrując się, autor nie miał w swej praktyce dotychczas chorego, któregoby mógł uważać za zupełnie wyleczonego. — Na dowód tego twierdzenia przytacza L. przypadek ciężkiej cukrzycy (6%), tyczący się młodego człowieka i pozornie zupełnie wyleczony, gdyż podczas 3 miesięcy chory nie doznawał żadnych dolegliwości, a w moczu nie wykazano ani śladu cukru, mimo zupełnej swobody w wyborze dyety ze strony chorego; po forsownem natężeniu się jednak (w ćwierć roku później) cukrzyca znów wystąpiła. Podobne przypadki chwilowego utajenia cukrzycy nierzadko się zdarzają, a lekarz mylnie brać je może za zupełne wyleczenie. *Korm.*

H. Eichhorst. **Wskazania i metoda leczenia naparstnicą.** (*Deut. med. Woch.*,1905, Nr. 2). Autor uważa naparstnicę za środek niezawodny we wszystkich przypadkach osłabienia mięśnia sercowego bez względu na przyczynę, jaka je wywołuje. Stosuje ją zatem w przebiegu schorzeń zastawek, osierdzia, tętnic wieńcowych, w sprawach zapalnych osierdzia i samego mięśnia, w których występują objawy osłabienia. Prócz tego uważa za stosowne podawać naparstnicę w przypadkach marskości nerek lub rozedmy płuc i przewlocznego nieżytu oskrzeli; u takich osób często spotykamy obrzęki zastoinowe obok innych objawów osłabienia mięśnia sercowego, uzasadniających leczenie naparstnicą.

Dalej stosuj eautor naparstnicę w przebiegu chorób zakaźnych, bądź to ostrych, bądź też przewlekłych, gdzie wskutek toksyn, zapadu sił, wzruszeń umysłowych i t. p. mięsień sercowy nie może podołać swemu zadaniu, przyczem się zastrzega, jakoby miał na myśli wszystkie chwilowe, lub wogóle przemijające osłabienia. W takich to przypadkach przepisywanie naparstnicy nie miałoby racyi, gdyż na jej skutek trzeba czekać przynajmniej 24 godzin; tu zatem trzeba używać kamfory, eteru, amoniaku i innych środków orzeźwiających, gdyż działają szybko, choć nie trwale. Co do wpływu, jaki wywiera naparstnica na nerwy serca, Eichhorst uważa go za bardzo wątpliwy i dlatego w zaburzeniach nerwowych serca nie poleca tego przetworu. Tak samo nie spodziewa się jego błogich skutków u chorych, których badanie serca wykazuje daleko posunięte zmiany w samym mięśniu, jak np. stłuszczenie, ale mimo to od czasu do czasu i w tych przypadkach stwierdza jego skuteczne działanie. Natomiast wcale nie wierzy w swoiste działanie naparstnicy na włóknikowe zapalenie płuc; nie używa jej też wcale w tych sprawach, chyba że jakieś wskazanie ze strony serca tego wymaga. Co się tyczy dawkowania i formy, w jakiej ją stosuje, to zwykle E. zapisuje *pulv. folior. digitalis 0·10, diuretini 1·0, sacchari 0·3 Ufp. dtd. MX S:* Zażywać 3 razy dziennie po proszku. Doświadczenia długoletnie przekonały autora, iż naparstnica w tej formie najlepiej działa, lepiej nawet niż odwar. Co do wielkości dawek, to E. stosował przeciętnie 0·3 gm. i to często w ciągu 10 dni z rzędu: przy mniejszych dawkach trzeba bowiem za długo czekać na skutek, przy większych występują nudności, wymioty, upośledzenie łaknienia i t. d. Mimo częstego podawania leku przez okres 10-dniowy nie miał ani jednego chorego, u któregoby wystąpiło działanie zbiorowe. Warto w końcu wspomnieć o doświadczeniu E., tyczącem się chorych, u których naparstnica po 24—48 godzinach żadnego nie wywarła skutku; miało to miejsce w razie nadmiernego rozkurczu (*Überdehnung*) mięśnia sercowego, lub też w przypadkach dusznicy, połączonej z sinicą; w takich to przypadkach poprzedza E. naparstnicę jakimś środkiem orzeźwiającym lub podniecającym, podaje np. kieliszek wina lub wodę z koniakiem, a z leków kamforę lub kofeinę podskórnie. *Korm.*

CHIRURGIA. Dr. H. Braun. **Technika znieczulania roztworem kokainy i suprareniny przy wyjmowaniu zębów.** (*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde.* Zeszyt styczniowy, 1905). Przetwory z nadnercza, spotykane w handlu w formie krystalicznej lub w roztworze, różnią się od siebie jedynie sposobem wyrabiania. Autor używa do znieczulenia jednego zęba 0·01 kokainy, rozpuszczonej w 1—2 cm³ fizyologicznego roztworu soli kuchennej z dodatkiem 2—3 kropel roztworu 1‰ suprareniny. Do sporządzenia roztworu nadają się pastylki, zawierające wymienione składniki w odpowiedniej ilości. Technika zastrzykiwania na wargowej powierzchni szczęki górnej: Po odciągnięciu wargi i policzka wkłuwa się igiełkę strzykawki w położeniu poziomem w załamek górny błony śluzowej i prowadzi się ją dalej, powyżej korzeni, między błoną śluzową a okostną. Dla siekaczy i kłów wkłuwa się igłę obok więzadełka górnego; dla dwuguzikowych i pierwszego trzonowego — powyżej korzenia 2-go siekacza: dla ostatnich dwóch trzonowych za nasadą wyrostka jarzmowego. Aby znieczulić jeden ząb zaczyna się o jeden, położony przed nim, a kończy się o jeden, będący za nim. Po zastrzyknięciu należy czekać 5 minut. Następuje znieczulenie dziąsła, okostnej, miazgi i istoty zębowej. Do wyjęcia zęba należy nadto zastrzyknąć płyn na okostnę zęba od strony językowej. Znieczulanie zębów szczęki dolnej odbywa się w sposób analogiczny: Wkłuwa się igłę poziomo w załamku dolnym i zastrzykuje się płyn między błonę śluzową, a okostnę. Na powierzchni językowej żuchwy wstrzykuje się nie w samo dziąsło, lecz na wysokości korzeni pod błonę śluzową. Kontroluje się lewym palcem wskazującym. Znieczulenie trudniejsze. Znieczulenie zębów trzonowych otrzymuje autor, — w razie niemożliwości znieczulenia miejscowego, — przez znieczulenie odpowiednich nerwów. Znieczulenie nerwu zębodołowego dolnego i językowego: wkłuwa się igłę w środku *trigonum retromolare*[1]) o jeden cm. powyżej i na zewnątrz od powierzchni żującej 3-go zęba trzonowego. Operator wyczuwa końcem igły wewnętrzną listwę kości, obok której wstrzykuje już pod błonę śluzową ½ cm. jednoprocentowego roztworu kokainy z dodatkiem suprareniny. Następnie posuwa się igłę po kości na 1½ cm. w kierunku powierzchni żuciowej zębów dolnych, ciągle przytem wstrzykując. Znieczulone są: miazgi zębów dolnych aż do kła, lub do 2-go siekacza i dziąsło na tejże przestrzeni. Wrażliwość zupełna wraca po 1½ godzinie. Strony dodatnie tej metody zdaniem autora są następujące: pewne i pozbawione niebezpieczeństw znieczulenie miejscowe przy wyjmowaniu zębów i łatwość zastrzykiwania na szczęce górnej. Rodzaj choroby danego zęba, zapalenie okostnej w obrębie zębodołu i zapalenie dziąsła nie stanowią przeciwwskazania. Przy ropniach i torbielach na przedniej powierzchni górnej szczęki zastrzy-

[1]) Nazwa wprowadzona przez autora. Jest to wklęsła powierzchnia na wysokości 3-go zęba trzonowego, na wewnątrz od przedniego brzegu wyrostka wroniastego położona. Od wewnątrz odgranicza ją wyraźny brzeg kostny.

kuje się płyn z obu stron ropnia w sposób podany. W razie istnienia zapalenia okostnej lub ropienia, przekraczającego zębodoły szczęki dolnej, uzyskuje się znieczulenie przez centralne znieczulenie nerwów. Wielką zaletą tej metody jest możność wyjmowania wielu zębów naraz, np. usunięcie wszystkich zębów w 3 lub 4 posiedzeniach.

Dr. N. Münz.

Dr. E. Neisser i Dr. K. Pollak. **O nakłuciu mózgu.** (*Mittel a. d. Grenzgeb.* T. XIII Z. 4 i 5). Już w r. 1856 radził Middeldorpf, aby w celach rozpoznawczych nakłuwać mózg. W kilka lat później (1869) myśl tę podniósł znów Maas, a potem Gibier, Spitzka, Sonchon, Schmidt, w ostatnich zaś latach Payr i Kocher (starszy i młodszy). Jedni z wymienionych powyżej autorów chcieli nakłuwać mózg wyłącznie w celach rozpoznawczych, inni zaś terapeutycznych. Jednakowoż powaga v. Bergmanna, a właściwie źle komentowany odpowiedni ustęp znanego dzieła jego „O chirurgii mózgu“, sprawił, że nakłucie mózgu nie zdołało się rozpowszechnić. Autorowie jednak sądząc, że tą drogą można przecie w przypadkach nie dość pewnych pod względem rozpoznawczym, a takimi są niemal wszystkie przypadki chirurgicznych schorzeń mózgu, dojść do wniosków nawet bardzo ścisłych, rozpoczęli mimo wszystko posługiwać się metodą tą systematycznie i w pracy tej zdają sprawę ze swego doświadczenia, opartego na przeszło 100 rękoczynach. — Sam zabieg uprościli niemal do ostateczności. Po oczyszczeniu pola operacyjnego, bez jakiegokolwiek znieczulenia, lub co najwyżej po zamrożeniu skóry chlorkiem etylu, do nienaruszonych powłok czaszki przyciskają płaski świder ($2^1/_3$—$2^2/_3$ mm. szeroki) i przy pomocy elektromotora puszczają go w bardzo szybki ruch obrotowy (1200 r. n. m.). Po paru sekundach czaszka zostaje przewierconą. Przy pewnej wprawie łatwo uniknąć uszkodzenia opony twardej, chociaż zranienie jej zwykle pozostaje bez następstw. Aby ułatwić wprowadzenie igiełki eksploracyjnej do jamy czaszki, co niekiedy skutkiem przesunięcia się skóry mogłoby być utrudnionem, możemy po świdrze, pozostawionym na razie *in situ* wprowadzić igiełkę (o 1 mm. średnicy a 7 cm. długości) i teraz dopiero świder wydostać. Autorowie radzą, aby wprowadzać igiełkę, zaopatrzoną w stalowy mandryn, który zapobiega zatkaniu się jej po drodze. Na igiełkę zakładają 2 gram. strzykawkę. W wyborze miejsca wkłucia kierują się autorowie oczywiście i w pierwszej linii dyagnostyką ogólną i topograficzną, bacząc jednak przy tem, aby nie uszkodzić po drodze jakiegoś większego naczynia w zewnętrznych powłokach, a następnie tętnicy oponowej wewnętrznej i jej rozgałęzień, grubych żył wewnętrznych i zatok jamistych. W głąb mózgu nie powinno się nigdy zbyt zapuszczać — co najwyżej na 4—5 cm. (licząc od powierzchni skóry). W głębszych bowiem warstwach można bez potrzeby otworzyć komory, lub zranić większe naczynie. Na dwóch schematycznych rysunkach podają autorowie punkta, w których bez obawy niepożądanych obrażeń przewiercić można czaszkę. Na podstawie 138 nakłuć, wedle zasad powyższych dokonanych na 34 chorych, twierdzą autorowie, że zabieg ten wolnym jest od jakichkolwiek niebezpieczeństw bezpośrednich, a pogorszenie, jakie w paru przypadkach po nakłuciu wystąpiło, nie mogło pozostawać w jakimkolwiek przyczynowym związku ze samym zabiegiem, jako takim. Przytoczone zaś pod koniec pracy historye chorób dowodzą, że zabieg ten w odpowiednich przypadkach może mieć nieocenioną wartość. „Przy rozpoznawaniu rodzaju i siedziby rozmaitych cierpień mózgowych, jak niemniej przy wykluczaniu cierpień, któreby ewentualnie wymagały pomocy chirurgicznej, nakłucie mózgu wyświadczyło nam ogromne usługi, wykrywając dawne wylewy krwi, hematoidynę, płyn z torbieli, płyn mózgowo-rdzeniowy, ropę, płyn surowiczo-ropiasty i tkankę nowotworową. W pewnym wreszcie szeregu przypadków przez wczesne usunięcie na drodze operacyjnej dużych wylewów krwawych, ropnia zewnątrzoponowego, dwóch bardzo małych nowotworów, w innym zaś nawet bez następowej operacyi, jedynie przez aspiracyę zawartości torbieli, krwi i krwawej surowicy, nakłucie miało wagę zabiegu ratującego życie, nie mówiąc już o kilku innych przypadkach, w których zabieg ten wywarł nader korzystny wpływ na dalszy przebieg cierpienia. Szczegółów, któreby potwierdzały powyższe słowa autorów, szukać należy w pracy oryginalnej.

Herman.

Dr. Sauerbruch. **Zakładanie przetoki żołądkowo-przełykowej i wycinanie części piersiowej przełyku.** (*Zentralbl. f. Chir.*, 1905, *Nr. 4*). Po licznych doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, uważa autor zagadnienie, dotyczące operacyi przełyku, nie wyłączając jego resekcyj, za rozwiązane. Wszystkie tego rodzaju operacye wykonywa w przestrzeni zamkniętej z obniżonem ciśnieniem powietrza (10—12 Hg), przestrzegając: 1) najdokładniejszej aseptyki: 2) stosując guzik Murphyego w miejsce szwu, jakotęż 3) środki, sprowadzające szybkie zlepianie się błon surowiczych, w szczególności płyn Lugola.

1) Przetoka żołądkowa przełykowa. Po zwykłem przygotowaniu zwierzęcia przecina autor warstwowo ścianę klatki piersiowej w piątem międzyżebrzu, wprowadza w ranę ręce, rozciąga żebro i zakłada rozwieracz Mikulicza, a odsunąwszy tamponami płuco, odsłania przełyk. Tuż ponad przeponą chwyta szczypczykami przełyk, unosi go ku górze, naciągając temsamem jego część wpustową, która się przedstawia jako szary pasek 1—2 cm. szeroki, tuż ponad pierścieniem przepony. Część ta przełyku jest zarówno pokryta opłucną, jak i otrzewną. Podczas, gdy asystent chwyta i ustala przełyk, operujący nacina opłucną i otrzewną, otwierając w ten sposób jamę brzuszną. Przez otwór wyciąga część ściany żołądka, najlepiej z okolicy dna. W tej chwili asystent, znajdujący się poza obrębem kamery, wsuwa przez przełyk sondą część żeńską guzika Murphyego do najniższej części przełyku, gdzie ją operator z pomocą trzech palców chwyta i przesuwa do zaułka żołądka, powstałego przez wciągnięcie jego ściany. Następnie przecina ścianę i przez otwór przeciska guzik. W podobny sposób wprowadza asystent część męską guzika do przełyku aż do wysokości, gdzie ma powstać przetoka. Operator chwyta guzik i kieruje tak, by cylinder zwrócony był ku przedniej ścianie przełyku, odpowiednio do średnicy cylindra nacina jego ścianę i przeciska na zewnątrz. Następnie łączy ze sobą obie części guzika. W końcu za pomocą 8—10 szwów jedwabnych przyszywa mięsień przepony do ściany żołądka, poczem zwilża anastamozę, szwy i opłucną płynem Lugola i wypłókawszy jamę opłucnej rozczynem soli kuchennej, zamyka ranę klatki piersiowej szwem 3-piętrowym. Z 13 w ten sposób operowanych psów zginęło zaledwie 3, a to, jak sekcya wykazała, wskutek nagle powstałej zupełnej przepukliny żołądka z przyczyny źle założonego szwu przeponowo-żołądkowego. Jako wskazanie do wyżej opisanej operacyi podaje autor zwężenia i uchyłki przełyku, przyczem w pierwszym przypadku wprowadza się część żeńską guzika przez żołądek.

2) Wycięcie części przełyku. Pierwsza część operacyi polega na utworzeniu przetoki, jak to wyżej opisano, przyczem część męską guzika umieszcza się 2 cm. ponad miejscem przecięcia przełyku. — Po złączeniu guzików i odpreparowaniu nerwów błędnych, miażdży się przełyk za pomocą kleszczyków 2 cm. poniżej anastomozy, podwiązuje i przecina poniżej podwiązki. Dolny koniec zamyka się w ten sam sposób, wpukla następnie do żołądka i obszywa tak, jak to ma miejsce przy wycinaniu wyrostka robaczkowego, poczem pokrywa jeszcze górny kikut, wyciągnięty ku górze, w celu utworzenia przetoki — ścianą żołądka. Wpuklenie górnego końca nie da się uskutecznić. Z 11 operowanych psów żaden nie zginął, miały się dobrze i spożywały wszelkie pokarmy, z wyjątkiem kości, jeszcze w 6 tygodni po operacyi. W końcu podaje jeszcze autor sposób wycięcia wpustu, jakoteż dolnej części przełyku ze sposobem wpuklenia (*Einstülpungs-Methode*). Operacyę dzieli na dwa akty: pierwszym, po nacięciu klatki piersiowej, oddziela przeponę wokoło od przełyku i odpreparowuje nerwy błędne. Następnie wpukla dolną część przełyku do wyciągniętej ściany żołądka na kształt palca od rękawiczki i szwem jedwabnym przymocowuje ją naokoło do ścian żołądka, przez co powstaje w tym ostatnim wpuklanie, przypominające część pochwową. Przeponę przyszywa jak wyżej do żołądka. W drugim akcie po 14 dniach nacina żołądek i za pomocą nożyczek Coopera odcina wystające w żołądku wypuklenie. Metoda ta może mieć u człowieka zastosowanie przy małych guzach wpustu, względnie dolnej części przełyku. Wreszcie wyraża autor przekonanie o możliwości wspomnianych operacyi u człowieka wobec prawie tychsamych stosunków anatomicznych, co u zwierząt. *Dr. Jossé.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. P. Strassmann. **Stan porażny macicy niecieżarnej?** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 3). W podręczniku ginekologii ogólnej przytacza Kossmann własne spostrzeżenia, gdzie sonda a nawet łyżeczka szerokości 1 cm. wchodziła w pewnej chwili do jamy macicy bez oporu na 16—25 cm., podczas gdy przy powtórzonem wprowadzeniu tegoż narzędzia natrafiła sonda w normalnej głębokości na zwykły opór. Kossmann uważa takie zdarzenie za chwilowe nagłe porażenie macicy nieciężarnej, ustępujące równie szybko i sądzi, że w ten sposób daje się wytłómaczyć wiele domniemanych przebić macicy, w których nie zauważono potem ze strony otrzewnej najmniejszego odczynu. K. był w swoich przypadkach tak pewnym, że macicy nie przebił, iż wykonał zamierzone wyskrobanie macicy i przestrzykiwał ją nawet silnymi środkami przeciwgnilnymi. W jednym przypadku przekonał się w czasie bezpośrednio potem wykonanej kolpotomii, że macica nie była uszkodzoną. S. uważa spostrzeżenia K. za błędne już z fizyologicznego punktu widzenia; podnosi kilka słabych stron obserwacyi, w szczególności występuje przeciw wprowadzaniu tego rodzaju pojęć do podręcznika, wskazując możliwość fatalnych następstw w praktyce, jeżeliby to niesłuszne zapatrywanie miało znaleźć wiarę u czytelników. S. jest skłonnym do tłómaczenia przypadków K. jako

przebicia macicy w kierunku ku przodowi, albo też, co prawdopodobniejsze, na bok pomiędzy blaszki więzadła szerokiego, — a w ostatnim przypadku, rzecz prosta, nie może laparotomia wykazać żadnych uszkodzeń. *B. Wojciechowski.*

S. Seeligmann. **O embryotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 5). Operując w trudnych warunkach i bez asystenta, doradza S. w przypadkach poprzecznego położenia zaniedbanego z płodem, jak najczęściej nieżywym, zamiast dekapitacyi operacyę, którą kilkakrotnie wykonał z dobrym skutkiem, posługując się jedynie nożyczkami i hakiem lub pętlą. Ściągnąwszy jak najniżej część płodu przodującą za rączkę, otwiera nożyczkami klatkę piersiową, rozszerza otwór i wydala narządy wewnętrzne klatki piersiowej i jamy brzusznej. Spłókawszy pole operacyjne 2% lysolem, wchodzi wskazicielem i palcem środkowym ręki lewej z rany w klatce piersiowej pod skórę płodu, podminowuje ją wraz z mięśniami grzbietu, poczem pod kontrolą ręki lewej wprowadza hak lub pętlę ręką prawą około kręgosłupa i łamie go. Teraz próbuje sprowadzić poród *conduplicato corpore*, co się zwykle udaje; — w przeciwnym razie wykonywa obrót na nóżkę przednią, nie przedstawiający już żadnych trudności. Główka następująca łatwo postępuje wskutek jej silnego związku z tułowiem. *B. Wojciechowski.*

M. Simon. **Wypadnięcie i zgorzel rozszerzonego końca moczowodu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 3). Kobieta 52-letnia, która z powodu opadnięcia pochwy nosiła od dawna krążek, miewała od kilku lat trudności i parcie, połączone z oddawaniem moczu. Przed kilkunastu godzinami wyparła chora wśród oddawania moczu jakieś ciało z części rodnych, które już lekarz miejscowy bezskutecznie usiłował odprowadzić. Badanie wykazało ciepłotę 40·3, tętno 130, świadomość zamroczona. Z cewki moczowej zwisa ciało, wielkości, kształtu i zbitości figi, prawie że czarne, niepołyskujące, przechodzące ku cewce w szypułę grubości ołówka. Przy badaniu zestawionem stwierdzono obok macicy po stronie lewej ciało podłużne, walcowate, grubości ramienia płodu, elastyczne, napięte, dążące ku górze wzdłuż kości krzyżowej, ku dołowi zaś do okolicy pęcherza. Dla określenia przyrody guza przeciął S. cewkę, szyjkę i na pewnej przestrzeni ścianę pęcherza wraz z pochwą ku dołowi w linii środkowej. Teraz stwierdził, że prawy moczowód działa prawidłowo, a z okolicy lewego wychodzi guz, który wypadł przez cewkę i uległ przewężeniu w miejscu, uciśniętem przez zwieracz. Guz ten odpowiada zatem rozszerzonemu dolnemu odcinkowi moczowodu lewego. Otworu, prowadzącego do tego moczowodu, nigdzie wykryć nie było można. Po nacięciu guza na szczycie odpłynęło dużo ropy cuchnącej. Cewnik moczowodowy wszedł na 25 cm. bez oporu. Guz odcięto w miejscu przewężonem; ścianę przeciętego moczorodu zeszyto ze ścianą pęcherza i założono cewnik moczowodowy na stałe. Ze względu na wydzielinę ropną zeszyto tylko częściowo ranę, zostawiając rozciętą cewkę i okolicę szyjki pęcherza; dnia 13-go usunięto cewnik. Gdy po 10 dniach mocz przybrał lepsze wejrzenie, zeszyto cewkę i usunięto niemożność zatrzymania moczu. Przypadek nadzwyczaj rzadki, posiadający pewne praktyczne znaczenie. W piśmiennictwie znajduje się wzmianka jedynie o kilku przypadkach silnego wypuklenia wewnętrznej ściany pęcherza w okolicy ujścia moczowodu z powodu zwężenia lub zarośnięcia moczowodu. W przypadku opisanym guz taki wypadł wśród parcia przed cewkę i uległ zaciśnięciu i zgorzeli. Na ścianę guza składa się zatem od zewnątrz ściana pęcherza, od wewnątrz — moczowodu. *B. Wojciechowski.*

K. Schmidlechner. **Tężyczka ciężarnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 4). Przytoczywszy objawy, składające się na obraz chorobowy tężyczki i dotknąwszy szczegółów, na których opiera się rozpoznanie różniczkowe w zestawieniu z tężcem, histero-epilepsyą, drgawkami i histeryą, wylicza S. kilka hipotez, zmierzających do wytłómaczenia sposobu powstania tego cierpienia. Tężyczka zdarza się u osób zupełnie zdrowych, jakoteż u chorych, obarczonych różnemi cierpieniami; dalej po używaniu pewnych leków i po operacyi wola, a tylko bardzo rzadko w związku z ciążą. Co do etyologii tego cierpienia, jako powikłania ciąży, sądzi S., że przy pewnem wrodzonem usposobieniu lub istnieniu choroby ukrytej stanowi ciąża ów bodziec bezpośredni, wywołujący napady, — co wobec znanej wygórowanej pobudliwości nerwowej u ciężarnych wogóle staje się łatwo zrozumiałem. W przypadku autora chodziło o 44-letnią nędzną, 44 kg. ważącą kobietę. Rodziła 8 razy, a w czasie 7 i 8 ciąży doznawała już mrowienia w rękach i nogach. Zgłosiła się w VII miesiącu ciąży, podając, że napady powtarzają się od 5 tygodni. Stwierdzono dymienicę (którą przecięto tegoż dnia) i odleżyny na obu pośladkach. Napady były zupełnie typowe, objawy Trousseaua, Chvosteka i Erba wyraźne. Po dwu napadach w dniu przyjęcia, jeden napad w 3-cim, dwa w 5-tym dniu w południe; — tegoż dnia po poł. bóle i poród chłopca ważącego 1060 grm. W 3-cim dniu połogu napad nader gwałtowny, trwający 3 godziny (poprzednie trwały 30—60 minut), wśród czego ciepłota (przedtem 37·1—37·7) podskoczyła na 40·0, a tętno stało się ledwo badalne i nastąpiła śmierć. Sekcya wykazała jedynie wyniszczenie organizmu. Tężyczka pozwala wogóle na rokowanie *quoad vitam* wcale dobre, a jedynie osoby chore, zbyt wycieńczone, ulegają częstokroć chorobie. Po porodzie zazwyczaj stan się poprawia, lecz są znane przypadki, w których jeszcze po miesiącach powtarzają się ciężkie napady. S. przytacza nadto przykłady z piśmiennictwa, z których wynika, że wprawdzie napady przy następnych ciążach zazwyczaj wracają, lecz że nie stanowi to reguły. Leczenie ogranicza się do stworzenia dla chorej, o ile możności, warunków zupełnego spokoju moralnego i fizycznego, poza tem do zwalczania objawów zapomocą takich środków, jak morfina, salicyl, wodnik chloralu i antipiryna. Polecano nadto w pewnych przypadkach przerwanie ciąży, w innych zapobieganie dalszemu zastąpieniu. *B. Wojciechowski.*

R. Keyserlingk. **Nowy wziernik do zeszywania pochwy i międzykrocza.** (*Zent. f. Gyn.* 1895, Nr. 4). Równocześnie z przedarciem międzykrocza zdarza się podczas porodu najczęściej przedarcie pochwy, a nierzadko ulega pochwa przedarciu niezależnie od międzykrocza, które ocalało. Pochwę należy zawsze dokładnie oglądnąć i przedarcia zeszyć, gdyż inaczej tworzą się zaułki, w nich zatrzymuje się wydzielina, ulega zakażeniu, a spływając po międzykroczu, naraża na zakażenie świeżo zeszytą ranę. Aby ułatwić sobie szycie ścian pochwy pod kotrolą oka i bez asystenta, używa K. wziernika, złożonego z 2 łyżek bocznych, a zrobionego z jednego kawałka drutu. Na mocy własnej sprężystości rozciąga wziernik łagodnie ściany boczne. Rączka, zwrócona ku górze, pozwala na szycie przedarć bez użycia łóżka poprzecznego. Rysunek wskazuje na bardzo prostą i praktyczną budowę tego narzędzia. *B. Wojciechowski.*

PEDYATRYA. H. Flosch. **Przyczynek do zakaźnej żółtaczki nagminnej w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch der Kinderheilkunde*, Z. 60, 1904). Autor rozbiera krytycznie dotychczasową teoryę o powstawaniu żółtaczki nagminnej na tle nieżytu żołądka; zbija ją, podnosząc fakt, iż właśnie w 1. i 2. roku życia, kiedy zaburzenia żołądkowe najczęściej się zdarzają, statystyka prawie żadnych nie zaznacza zachorowań na omawianą sprawę chorobową. Prócz tego widzimy często u dorosłych i u dzieci przypadłości ze strony całego przewodu pokarmowego, a więc i w dwunastnicy, bez śladu żółtaczki. Zapatrywanie autora na tę kwestyę zbliża się do zdania Strümpla, że osobliwy jakiś czynnik chorobotwórczy musi stanowić przyczynę tych zaburzeń; dla poparcia tego twierdzenia przypomina przypadki zasłabnięć na żółtaczkę bez wszelkich objawów żołądkowych; przytacza epidemie, których piśmiennictwo do r. 1879 obejmuje aż 30. W nowszych czasach, oprócz innych wiarygodnych badaczy, Kissel spostrzegał 96 przypadków w przeciągu 6 lat; Nicolaysen w roku 1901 -2 zdał sprawę z epidemii żółtaczki, obejmującej 123 osób, z których 50 tyczyło się dzieci. Za charakterem nagminnym pojawienia się tej choroby przemawia jeszcze to, że odrazu większa stosunkowo liczba osób z tymi samymi objawami zapada, że, jak wynika ze spostrzeżenia kilku poważnych autorów angielskich, choroba ta u dzieci nie pojawia się w porze upałów letnich, tylko z końcem jesieni lub początkiem zimy, a więc niezależnie od tak zwanej biegunki letniej i że nareszcie w jednym i tym samym domu, a nawet w tej samej rodzinie zapada równocześnie kilkoro dzieci. Bliższych szczegółów o tej swoistej przyczynie chorobowej nie znamy; tak samo patogeneza całej sprawy nie jest jeszcze jasną. Podczas epidemii, którą F. spostrzegał w ostatnich 4 miesiącach 1903 roku, naliczył 36 przypadków, co odpowiada przeciętnie 9 przypadkom miesięcznie, podczas gdy statystyka szpitalna wykazuje stale 1—2 na 1400 chorych. Wspólnem było wszystkim przypadkom: początkowa gorączka, bole w kończynach i obrzęk śledziony. Najwięcej dzieci chorych było w wieku od 3—7 roku, co się zupełnie zgadza ze spostrzeżeniami innych badaczy. Bakteryologiczne badania były ujemne. Żółtaczka, — prawie zawsze średniego stopnia, — występowała w 2—3 dni po ogólnych objawach początkowych i trwała zwykle 2 tygodnie, nieraz i dłużej; stolce miały wprawdzie wejrzenie gliniaste, ale nie były ani płynne, ani twarde, gdyż ani biegunki, ani zaparcia nie stwierdzano. Nie spostrzeżono też zwolnionego tętna, ani bolu głowy, ani swędzenia — i wszystkie przypadki zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem. Co do leczenia, to F. nie podawał kalomelu (jak to Kissel czyni: 4—6 proszków dziennie po 0·02—0·6 na dawkę i przez 7—10 dni), tylko poleciwszy odpowiednią dyetę, stosował małe dawki proszku rumbarbarowego, węglanu sodowego i magnowego. *Korm.*

Broca. **Rozpoznanie przeciągającego się i datującego się od niemowlęctwa zapalenia szpiku kostnego.** (*Revue. mens des malad. de l'enfance*, styczeń, 1905). Zapalenie szpiku kostnego u dzieci w pierwszym roku życia nie tak znów

rzadko bywa spostrzegane, mianowicie w kościach uda i podudzia. Sprawa przebiega często łagodnie, pozostają po niej jednak niekiedy ślady, które po długich jeszcze latach, n. p. w jedenastym roku życia, bywają powodem świeżych objawów. Wtedy stwierdzenie, że choroba sięga niemowlęctwa, może przyczynić się do poparcia rozpoznania ropnego zapalenia, a wykluczenia zapalenia gruźliczego. W niektórych przypadkach wystarcza wtedy leczenie zachowawcze: łóżko, wyciąganie, w innych koniecznym okazuje się zabieg chirurgiczny celem usunięcia ogniska. *Lewkowicz.*

Babonneix. **Błonica i tężyczka.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905, I.). Ogólnie jest uznanem, że w etyologii tężyczki ważną rolę mają zatrucia i zakażenia. Jednak co do błonicy, to nie wspominają o niej podręczniki i monografie. Autor zebrał z piśmiennictwa 11 przypadków. Nie wszystkie są jednakowo przekonywające. Z przypadków jednak Baginskiego, Moussousa, Irwing-Snowa i Bitota wynikałoby, że w pewnych warunkach, które należałoby jeszcze określić, błonica może się wikłać z przypadami tężyczkowymi. Przypady te mogą pojawić się *a*) albo w przebiegu, lub podczas wyzdrawiania z choroby; *b*) albo też błonica została przeoczoną i tylko z pewnych okoliczności, n. p. przypadków choroby w rodzeństwie, można wnioskować, że poprzedziła objawy tężyczkowe (tężyczka pozornie pierwotna). Przy przypadach tężyczkowych lub tężcowych powinniśmy pamiętać o tem, że nie zawsze podstawą musi być zakażenie prątkiem Nicolaiera. Mianowicie przy tężcu noworodków należałoby zwracać uwagę na obecność prątka błoniczego w wydzielinie pępka, spojówki i gardła, i w danym razie zastosować leczenie swoiste. *Lewkowicz.*

Quest. **O krańcowych spadkach ciężaru ciała u dzieci w pierwszych dwóch latach życia.** (*Monatschrift f. Kinderh.*, styczeń, 1905). Autor zestawił z materyału wrocławskiej kliniki dziecięcej 38 przypadków, w których ubytek ciężaru ciała wynosił więcej, niż czwartą część (25%). W 23 przypadkach chodziło o zboczenia odżywcze, w 15 o inne cierpienia, przeważnie gruźlicę. Z pierwszej grupy w 7 przypadkach udało się dzieci utrzymać przy życiu, mimo ubytków, dochodzących do 34·8%. Te wielkie spadki są możliwe tylko w przewlekłych cierpieniach żołądkowo-kiszkowych, w ostrych nigdy nie przekraczają 25%, bo dzieci pierwej umierają. W przewlekłych opadanie odbywa się powoli, w ostrych spostrzegać można gwałtowne spadanie, wynoszące 100—200 grm. na dobę. Leczenie polega przedewszystkiem na odżywianiu piersią. Tylko w dwóch przypadkach udało się mimo żywienia sztucznego uratować dzieci. Po podaniu piersi, lub żywieniu mieszanem, następuje poprawa objawów żołądkowo-kiszkowych, ciężar mimoto początkowo jeszcze opada; potem następuje długi okres utrzymywania się w jednym poziomie, wreszcie powolne wznoszenie się. Korzystny wpływ na przebieg krzywej ciężaru ciała miało często przejście do żywienia węglowodanami, n. p. polewką słodową, w innych znów żywienie maślanką. *Lewkowicz.*

Deguy i Detot. **Zapalenie krtani pierścieniowe (podgłośniowe), wrzodliwe.** (*Revue m. des mal. de l'enf.*, 1905, I). Opis przypadku u dziecka 7-letniego, u którego nagle, wśród gorączki rozwinęły się objawy cieśni krtani. Wykonano kilkakrotnie intubacyę. Napady duszności, mimo obecności rurki w krtani, zmuszały do wyjmowania rurki, to znów dziecko rurkę wykaszliwało. Ostatnie wykaszlanie sprowadziło śmierć przez uduszenie. Badanie pośmiertne wykazało owrzodzenie na wysokości chrząstki pierścieniowej. Podobny obraz kliniczny rozwija się nierzadko po ostrem zapaleniu krtani, najczęściej paciorkowcowem, niekiedy błoniczem, albo poodrowem. Do powstawania owrzodzeń przyczynia się intubacya. Owrzodzenie może doprowadzić do obnażenia chrząstki. Sprawa zwykle nie kończy się nagłą śmiercią, jak w danym przypadku, lecz przechodzi w zwężenie bliznowate krtani. Obraz kliniczny w każdym razie cechuje się trójką objawów, którą Deguy określa nazwą „syndromu podgłośniowego": 1) ostre napady cieśni krtani i duszenie się, powtarzające się w krótszych, lub dłuższych odstępach, niekiedy latami; 2) nagłość tych napadów; 3) łatwość, z jaką dzieci wyrzucają rurkę. Nagłość tłómaczy się udziałem czynnika nerwowego. W rozwoju owrzodzenia czynny udział ma brać włoskowiec (*leptothrix*) i paciorkowiec. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Dr. J. Igl. **Jak i w jakim czasie odbywa się zazwyczaj zakażenie w odrze i płonicy.** (*Oesterr. Monatschrift f. öff. Gesundheitspflege*, Nr. 7 i 8 1904 i *Oesterr. Sanitätswesen* 1904, Nr. 40/41) Pośród rozmaitych wzorowych urządzeń sanitarnych posiada Berno morawskie założony przed 20 laty t. zw. kataster sanitarny (spis domów i szczegółowy opis wszelkich szczegółów, ważnych pod względem sanitarnym, zaszłych w tych domach), oraz wzorowo funkcyonującą instytucyę lekarzy szkolnych. Rozstrzygnięcia tych pytań, niezupełnie jasnych, podjął się na podstawie wyników działalności wspomnianych 2 instytucyi organizator ich i lekarz naczelny miasta Dr. Igl. Na podstawie bardzo licznych i dokładnych spostrzeżeń dochodzi Igl do przekonania, że odra i płonica udzielają się najbardziej nie w czasie łuszczenia się skóry, który to okres uważa za obojętny dla zarażenia się, lecz w pierwszych dniach tych chorób i we wstępnych ich okresach: stąd też i rozporządzeniami określony czas wykluczenia chorych dzieci ze szkół 4, względnie 6 tygodniowy, uważa za zbyt długi (o ile niema powikłań). Co do dróg i przenośników w zakażeniu, to Igl małe przypisuje znaczenie ubraniu, natomiast wielkie wydzielinie ust, dróg oddechowych i zawierającemu je powietrzu wydychanemu, nie wyłączając znaczenia i innych przenośników, n. p. mleka. Jakkolwiek wobec braku niezaprzeczalnych wiadomości o istocie zarazka odry i płonicy nie możemy mieć tak pewnych pojęć o istocie szerzenia się tych chorób, jak w innych, których zarazki są znane, przeto wszelkie twierdzenie o sposobie ich przenoszenia wymagają, że się tak wyrażę, doświadczalnego stwierdzenia. Spostrzeżenia Igla, oparte na bardzo znacznym i krytycznie opracowanym materyale, zasługują na baczną uwagę tak lekarzy praktycznych, jak i rządowych, szczególnie zaś szkolnych. *L. Bier.*

Legeżyński. **Jak należy zorganizować służbę desinfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach?** (*Przegląd higieniczny* 1904, Nr. 12 i 1904, Nr. 1). Nie po raz pierwszy zasługuje się Legeżyński około popularyzacyi i praktycznego wprowadzenia desinfekcyi w naszym kraju. Jako lekarz naczelny większego miasta, do niedawna zaniedbanego, sądząc z statystyki — przez zarząd miejski w zwalczaniu chorób zakaźnych, nie szczędzi L. dobrej woli i energii, by braki dawne w sanitarnych urządzeniach Lwowa uzupełnić. Doświadczenie kilkoletnie co do braków miejscowych, poparte znajomością obcych urządzeń, nadają, obok popularnego stylu, tej pracy, przeznaczonej dla zarządów miast, istotną wartość praktyczną. Obawiam się jednak, czy suma 4000 kor., przyjęta przez autora za konieczną dla sprawienia urządzeń do desinfekcyi, nie jest za wielką dla naszych miasteczek, czy w niejednem z nich nie lepiejby było ograniczyć się, przynajmniej na razie, do komory, w której wykonywanoby desinfekcyę rzeczy formaliną i innymi płynnymi środkami desinfekcyjnymi, a konieczną desinfekcyę parą, — przy umiejętnem stosowaniu powyższych środków rzadko i tylko przy niektórych chorobach konieczną, powierzyć przyrządowi okręgowemu lub sąsiedniego większego miasta. Na pytanie to odpowiedziećby mogli najlepiej lekarze powiatowi i okręgewi, każdy po rozważeniu stosunków miejscowych. Co do źródła zakupna parowych przyrządów systemu Rychnowskiego, mniej chętniebym się na nie zgodził, gdyż na podstawie znajomości kilku przyrządów tego systemu nie uważam je za praktyczne w obsłudze i gorsze od obcych. Życzyćby należało, aby znalazła się u nas firma, wyrabiająca praktyczniejsze przyrządy. Do desinfekcyi formaliną wykonuje przyrządy Flügego obok firmy J. Stankiewicza we Lwowie pod moim nadzorem nader starannie W. Baja (Strzelecka 9) w Krakowie — o czem kol. L. zapomniał zapewnie wspomnieć. Życzyćby należało, aby rozprawka niniejsza znalazła praktyczny oddźwięk w miastach naszego kraju. *L. Bier.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 19/IV (2/V) 1904 r.

Przewodniczący Dr. Strawiński zawiadamia o chorobie sekretarza Dr W. Orłowskiego, w miejsce którego obowiązki sekretarza obejmuje Dr. Ostrowski.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Dr. Łukowski wygłasza rzecz p. t. „Kryoskopia moczu i krwi u dzieci w przebiegu płonicy i w ostrem zapaleniu nerek po płonicy". Przytoczywszy na wstępie zasady kryoskopii, prelegent omawia następnie własne badania, na podstawie których przychodzi wreszcie do następujących wniosków: wysoki punkt zamarzania moczu nie może sam przez się być objawem cechującym dla zapalenia nerek, ponieważ u osobników zdrowych Δ moczu przy dyecie mlecznej zwykle jest wyższa, niż —1,0° C; jest on tylko wtenczas cechującym, gdy się spostrzega przy małej dobowej ilości (v) moczu, w tych bowiem warunkach Δ u zdrowych jest niższem od —1,0° C; w zapaleniu zatem nerek charakterystycznem jest nie tyle małe Δ, ile mała liczba $\Delta.v$, wskazująca na niedostateczne wydzielanie cząsteczek osmotycznych. Przy

badaniu dzieci różnego wieku prawidłowiej porównywać nie iloczyn $\Delta.v$, lecz $\frac{\Delta.v}{p}$, wyrażający ilość wydzielonych cząsteczek w ciągu doby na kilo wagi. Wskaźnik $\frac{\Delta.v}{p}$ odpowiada *„diurèse moleculaire totale“* Claude i Balthazard, z tą różnicą, że równoznacznik ostatnich badaczy jest wyrażony w tysiącach, a $\frac{\Delta.v}{p}$ w dziesiątkach. Równoznacznik $\frac{\Delta.v}{p}$ waha się u zdrowych przy mlecznej dyecie przeważnie między 30 i 45; trwałe obniżenie jego niżej 25 wskazuje na upośledzoną sprawność nerek w danej chwili. Nie zawsze kryoskopijne badanie moczu wykrywa niedomogę nerkową w zapaleniu nerek; najwyraźniej występuje ona w początkowym okresie zapalenia nerek, w okresie występowania obrzęków; w okresie zaś znikania obrzęków sprawność nerek wraca do normy, a czasami jest nawet wzmożoną; w ciężkich śmiertelnych przypadkach objawy niewydolności nerkowej są wyrażone bardzo wybitnie. Kryoskopijne badanie moczu — wskaźnik $\frac{\Delta.v}{p}$ — nie daje więc rozpoznania anatomicznego i nie pozwala wydać sądu o przebiegu choroby. Świadczy on jedynie o sprawności czynnościowej w danej chwili. Pomimo wadliwego wydzielania drobin stałych przez nerki i gromadzenia się ich we krwi, w przypadkach o niezbyt ciężkim przebiegu, kończących się wyzdrowieniem, punkt zamarzania krwi (δ) nie obniża się: w 9 badanych przypadkach δ wynosiło $-0{,}535^0-0{,}565^0$. Przyczyną tego prawdopodobnie jest ta okoliczność, iż krew, by zachować prawidłowy punkt zamarzania i stałe ciśnienie osmotyczne, rozcieńcza się, przyciągając wodę, — powstaje rozwodnienie krwi i obrzęki; oprócz tego w badanych przez prelegenta przypadkach przyczyną nie obniżania się punktu zamarzania krwi była prawdopodobnie spostrzegana u tych chorych niedokrwistość, jak również stosowana dyeta mleczna. Obniżenie punktu zamarzania krwi przy jednoczesnem istnieniu obrzęków ma złe znaczenie dla rokowania: we wszystkich przypadkach, zakończonych śmiercią, δ wahała się od $-0{,}59^0$ do $-0{,}64^0$. W płonicy, w okresie gorączkowym, przy małej ilości moczu, Δ moczu jest zwykle znacznie niższem od $-1{,}0^0$; objaw ten znika wraz z obniżeniem gorączki do normy; wskaźnik $\frac{\Delta.v}{p}$ jest bliski normy. Punkt zamarzania krwi podczas pierwszych 2 dni płonicy w 2 badanych przypadkach był prawidłowym, mianowicie $-0{,}545^0$ i $-0{,}555$. (*Autoreferat.*)

Dyskusya. Prof. St. Zaleski zaznacza zasadnicze trudności badań kryoskopijnych krwi i moczu; zdaniem jego pierwiastki morfotyczne, zjawiające się w moczu w stanach zapalnych, mogą mieć wpływ na punkt zamarzania tej cieczy; wreszcie podnosi mowca ważne znaczenie badań kryoskopijnych mleka kobiecego.

Prelegent Dr. Łukowski zaznacza, że kryoskopia mleka krowiego może być pożyteczną dla celów zdrowotnych, jak wykazały badania L. Nenckiego; pierwiastki morfotyczne, zdaniem prelegenta, nie wpływają na punkt zamarzania moczu.

Na pytanie prof. St. Zaleskiego o wpływie lekarstw na punkt zamarzania moczu prelegent wyjaśnia, że kryoskopia mało jest zbadaną w warunkach prawidłowych; wskutek tego nie można jeszcze orzec o wpływie na nią leków.

Prof. Dr. Ciemacki na podstawie niektórych własnych spostrzeżeń wygłasza zdanie, że kryoskopia moczu ma małą wartość w chirurgii nerek.

Zdaniem Dr. Ostrowskiego, kryoskopia w połączeniu z innemi oznakami ma w płonicy wielkie znaczenie, zwłaszcza dla rokowania.

III. Odczyt Dr. Fajita „Chirurgia płuc“ wskutek choroby prelegenta nie odbył się.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Doc. Dr. W. Orłowski.*

Posiedzenie w dniu 28—IX (II—X) 1904 roku.

Przewodniczy prezes Dr. Strawiński.

Obowiązki sekretarza w miejsce nieobecnego sekretarza doc. Dr. W. Orłowskiego obejmuje Dr. Maczewski.

Prezes zawiadamia, że prof. Dr. Raczyński wyraził życzenie, by odczyt jego mógł odbyć się na posiedzeniu następnem.

Dzierżgowski wygłasza rzecz pod tyt.: „W sprawie biologicznego oczyszczania ścieków“.

Po rozprawach nad tym odczytem, w których brali udział prof. Dr. St. Zaleski i inni, posiedzenie naukowe zamknięto.

Doc. Dr. W. Orłowski.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Dowiadujemy się, że w okręgu krakowskiej c. k. Dyrekcyi kolei państwowych, zaszły w ostatnim roku służby lekarskiej dość liczne zmiany, które świadczą, iż władze dążą stale do poprawy bytu lekarzy kolejowych. I tak:

1. Lekarz naczelny c. k. Dyrekcyi został zwolniony od obowiązku leczenia członków Kasy chorych, zajętych w gmachu Dyrekcyi, przy pozostawieniu go w tej samej randze, a podniesieniu poborów służbowych o 200 kor. rocznie.

2. Dla leczenia członków Kasy chorych, zajętych w gmachu Dyrekcyi utworzono w Krakowie nowy okręg lekarski z rocznem wynagrodzeniem 1,300 kor. i dodatkiem na objazdy w kwocie 400 kor.

3. Okręg lekarski w Podgórzu miejście otrzymał podwyższenie wynagrodzenia rocznego z 1,800 kor. na 2,200 kor. przy pozostawieniu dodatku na objazdy w kwocie 400 kor. Lekarz tamtejszy został mianowany urzędnikiem c. k. kolei państw. w IX randze.

4. Okręg lekarski Rzeszów I zmniejszono znacznie, przez zwolnienie lekarza od obowiązków leczenia członków Kasy chorych, zamieszkałych na przestrzeni, pozostawiając roczne honoraryum w kwocie 3,000 kor. niezmienionem, a zmniejszając tylko dodatek na objazdy z 600 na 400 kor.

5. Okręg lekarski Rzeszów II zreorganizowano nieco, przyczem, niepowiększając zakresu działania lekarza, podwyższono roczne honoraryum lekarskie z 500 na 800 koron, a dodatek na objazdy z 100 na 120 koron.

6. Utworzono nowy okręg lekarski Rzeszów III dla leczenia chorych na przestrzeni z rocznem wynagrodzeniem w kwocie 1,000 kor. i dodatkiem na objazdy w kwocie 120 koron.

7. Utworzono nowy okręg lekarski w Sędziszowie z wynagrodzeniem rocznem w kwocie 1,000 kor. i dodatkiem na objazdy w kwocie 200 koron.

8. W okręgu lekarskim Dębica podwyższono roczną płacę 1,800 na 2,000 koron, zaś dodatek na objazdy z 200 na 400 koron.

9. Okręg lekarski Tarnów II zmniejszono przez skrócenie przestrzeni po stacyę Tuchów, pozostawiając pobory niezmienione.

10. Okręg Ciężkowice powiększono przez przydzielenie przestrzeni po Tuchów skutkiem czego podwyższono honoraryum z 360 na 600 koron, pozostawiając dodatek na objazdy niezmieniony.

11. Okręg lekarski Grybów zmniejszono o kilka kilometrów ku Jasłu i o wieś Zagórzany, licznie zamieszkałą przez robotników kol., pozostawiając dotychczasowe pobory niezmienionymi.

12. Wieś Zagórzany przydzielono do okręgu lekarskiego Gorlice, podwyższając pobory służbowe lekarza tamtejszego o 550 kor. rocznie.

13. Honoraryum lekarskie w Jaśle podwyższono z 1,800 na 2,400 koron, pozostawiając dodatek na objazdy w kwocie 200 koron niezmieniony.

14. Okręg lekarski w Zarszynie otrzymał podwyższenie dotychczasowego wynagrodzenia z 900 na 1,200 kor., oraz dodatku na objazdy ze 100 na 200 koron.

15. W okręgu Nowy Sącz II podwyższono płace z 2,600 na 2,800 kor., przez co lekarz tamtejszy awansował z IX do VIII rangi urzędniczej i pozostawiono dodatek na objazdy w kwocie 600 koron niezmieniony.

16. W okręgu Skawina pozostawiono honoraryum w kwocie 1,000 kor. niezmienionem, podwyższono natomiast dodatek na objazdy ze 100 na 200 koron.

17. W okręgu Oświęcim podwyższono honoraryum z 400 na 650 kor., zaś dodatek na objazdy ze 100 na 150 kor. rocznie.

18. Dla okręgu lekarskiego Kalwarya podwyższono roczne honoraryum z 400 na 800 kor. i dodatek na objazdy ze 120 na 150 koron.

19. W okręgu Węgierska Górka podwyższono honoraryum roczne z 1,200 na 1,400 koron, przez co lekarz tamtejszy mianowany został urzędnikiem w X randze.

20. W okręgu Maków podniesiono wynagrodzenie lekarskie z 900 na 1,100 kor., zaś dodatek na objazdy ze 100 na 200 kor. rocznie.

21. W okręgu Limanowa podwyższono honoraryum z 800 na 1,000 koron i ustanowiono dodatek na objazdy w kwocie 120 koron.

22. W okręgu Muszyna-Krynica podwyższono dodatek na objazdy ze 100 na 260 koron roczne, pozostawiając honoraryum w kwocie 1,140 koron niezmienionem.

23. Okręgowi Nowy Targ przydzielono nową linię Nowy Targ-Sucha-Hora i podniesiono dotychczasowe honoraryum z 360 na 460 koron rocznie, pozostawiając dodatek na objazdy w kwocie 100 koron niezmieniony.

24. Lekarz okręgu Nowy Sącz I posiadający rangę VIII urzędniczą, posunął się w płacy o 200 kor., t. j. z 2,800 do 3,000 kor. rocznie.

25. Lekarz okręgu Bochnia, który jest urzędnikiem IX rangi, posunął się o 200 kor., t. j. z 2,000 na 2,200 kor. rocznie.

Zestawiając te zmiany razem stwierdzić można, że różnica wynagrodzeń lekarskich w stosunku do ogólnej sumy, pobranej 1 stycznia 1904 r. wynosi kwotę 9640 koron rocznie. Wprawdzie niewątpliwie dotychczasowe wynagrodzenia lekarzy kolejowych, pozostają w znacznym niestosunku do obowiązków i odpowiedzialności tych lekarzy, to jednak podnieść należy, iż wielka jest zasługa p. radcy dworu dyrektora Horoszkiewicza, iż mimo ciężkich warunków finansowych, z jakimi dziś walczyć muszą c. k. koleje państwowe, stara się i nie ustaje w korzystnej pracy około poprawy bytu materyalnego, dotąd tak bardzo upośledzonych lekarzy kolejowych. Znaczną też część zasługi w tej doniosłej dla stanu lekarskiego sprawie przypisać należy nowemu naczelnikowi oddziału dla spraw osobistych i sanitarnych p. Fredro Bonieckiemu, który wedle naszych informacyi, okazuje na tem stanowisku lekarzom niezwykłą życzliwość, oceniając ich doniosłe a trudne zadanie. Wreszcie z uznaniem zaznaczyć należy, iż c. k. Ministerstwo kolejowe przychylnie zatwierdziło wnioski c. k. Dyrekcyi.

Jako najważniejsze podnieść należy fakta stworzenia trzech nowych okręgów lekarskich, bez powiększenia przestrzeni c. k. Dyrekcyi, oraz usiłowania ustawiczne do powiększenia liczby takich posad lekarskich, przy których by lekarze kolejowi mogli uzyskiwać charakter urzędników c. k. kolei państwowych, gdyż podczas gdy w roku 1895 takich posad było w okręgu Dyrekcyi krakowskiej tylko 3, to obecnie jest ich 15.

Podając do wiadomości czytelników powyższe nasze informacye, wyrażamy nadzieję, iż c. k. Dyrekcya nie ustanie w rozpoczętej pracy i starać się będzie nadal o poprawę opłakanych warunków, w jakich zmuszeni są pracować lekarze kolejowi.

VIII. Listy otwarte.

* *Z Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące doniesienie:*

„Kilku fabrykantów przetworów leczniczych i wód mineralnych, tak krajowych jak i zagranicznych, zgłosiło się do Wydziału Towarz. samopomocy z propozycyą nalepiania na swych wyrobach znaczków po 1 halerzu na dochód wdów i sierót po lekarzach.

Wydział Towarzystwo na posiedzeniu dnia 17 lutego b. r. po wyczerpującej dyskusyi uchwalił:

1. Wydać własnym nakładem oprócz dotychczasowych znaczków 4-halerzowych, przeznaczonych tylko na recepty, także znaczki po 1 halerzu odmiennej barwy od tamtych, a przeznaczone wyłącznie dla fabrykantów przetworów leczniczych, które ci będą mogli nabywać w Administracyi znaczków, celem nalepiania ich na swoich wyrobach.

2. Fabrykantom zagranicznym podziękować za propozycyę, ale jej nie przyjąć ze względu na przemysł krajowy.

3. Natomiast zgodzić się na propozycyę fabrykantów krajowych z tem zastrzeżeniem, że znaczkami Tow. samopomocy opatrywać będą tylko przetwory, polecone przez Komisye przemysłowe: Tow. lekarzy galicyjskich, lub Tow. lekar. krakowskiego“.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 lutego.

Dnia 2 marca (czwartek) odbędzie się poświęcenie „Domu Towarzystwa lekarskiego“, po którem nastąpi uroczyste posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Otwarcie „Domu“ z okolicznościowem przemówieniem prezesa Towarzystwa prof. Dr. Jul. Nowaka. 2) Odczyt J. Magn. Rektora U. J. prof. N Cybulskiego p. t. „Materya promienista jako środek leczniczy“.

Na to posiedzenie Prezes Tow. lekar. krak. zaprasza wszystkich lekarzy, obecnych w tym dniu w Krakowie.

Wieczorem tegoż dnia odbędzie się raut członków Towarzystwa lekarskiego z rodzinami, przyczem zarząd podejmować będzie tych obywateli, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do dźwignięcia własnego przybytku Towarzystwa.

* Dnia 10 stycznia b. r. odbył Komitet zarządzający Związku austryackich Towarzystw lekarskich w Wiedniu posiedzenie, na którem dokonano rocznego zamknięcia rachunków Instytutu zapomogowego, istniejącego przy wspomnianym Związku Towarzystw. Niektóre szczegóły zamknięcia rachunków o tyle dla nas są zajmujące, że obie Izby lekarskie galicyjskie, podobnie jak większość Izb austryackich, zapisały wszystkich swych lekarzy na członków Instytutu zapomogowego, ponosząc za nich ciężary rocznych opłat. Izby lekarskie, które przystąpiły do Instytutu zapomogowego są zarazem Komisyami lokalnemi, których zadaniem jest rozdawanie kwot poszczególnych, uzyskanych na wsparcia potrzebujących wdów i sierót. Rozdziałem tych kwot kieruje Komitet zarządzający Związku Towarzystw lekarskich, ściśle według stosunku liczebnego członków, zapisanych do Instytutu przez odnośne Izby lekarskie. Otóż w roku 1904 uzyskał Instytut zapomogowy z wkładek rocznych ogólną sumę 12,762 koron. Całą tę kwotę, a prócz tego jeszcze 7,000 koron z funduszów Instytutu, postanowiono zużyć w roku 1905 na zasiłki dla wdów i sierót. Tak więc z początkiem b. r. rozdzielono między poszczególne Komisye lokalne ogólną kwotę 19,762 koron. Kilka przykładów pouczy o korzyściach, wynikających z gremialnego przystąpienia obydwóch naszych Izb lekarskich do Instytutu: Izba zachodnio-galicyjska wniosła tytułem rocznej wkładki 1,090 kor., a otrzymała w celu rozdania na zapomogi 1,687 koron; Izba wschodnio-galicyjska wniosła 1,420 koron, otrzymała 2,198 koron; Izba morawska wniosła 1,802 koron, otrzymała 2,790 koron i t. d. Natomiast Czechy, których Izby lekarskie nie przystąpiły do Instytutu zapomogowego, zasiliły kasę tegoż jedynie sumą 14 koron; to też suma, wypłacona Czechom, celem rozdania jako zapomogi, wynosi odpowiednio do wkładek 21 koron! Rok ubiegły przedstawia się więc dla Instytutu zapomogowego szczególnie korzystnie. Ale nawet w najniekorzystniejszym przypadku Instytut jest statutowo zobowiązany do rozdzielenia tytułem zapomóg pomiędzy odnośne Komisye lokalne, względnie Izby lekarskie kwot, co najmniej równających się wysokością opłacanej rocznie wkładce.

* Komisya sanitarna Rady m. Krakowa odbyła d. 14 b. m. posiedzenie, w którem wziął udział protomedyk Dr. Merunowicz. Przedmiotem obrad było obmyślenie środków zapobieżenia dalszemu szerzeniu się duru osutkowego, który się pojawił w schronisku Brata Alberta. Do tej pory stwierdzono 14 przypadków, prawie wszystkie w rzeczonym zakładzie Brata Alberta.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę krakowskiego Wydziału lekarskiego, na mocy której Dr. Konrad Gliński otrzymał stopień docenta anatomii patologicznej w Uniw. Jag.

* Dnia 25 marca odbędzie się w Wiedniu Wiec Związku austryackich Towarzystw lekarskich Porządek dzienny między innymi stanowią: 1) Sprawozdanie zarządu z działalności w ostatnim okresie. 2) Sprawozdanie kasowe, uchwalenie preliminarza i wysokości wkładki rocznej. 3) Sprawozdanie Instytutu dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach. 4) Zmiana statutu Instytutu. 5) Referat o wypracowanym przez rząd programie ubezpieczenia chorych (wolny wybór lekarza). 6) Sprawozdanie loteryjne. 7) Wybory uzupełniające.

Zarząd Związku uprasza Towarzystwa o wybranie delegatów i ich zastępców na Wiec (§ 5) i o zawiadomienie zarządu o wyniku wyborów.

* Redakcyę „Liečničkiego Viestnika“ objął po Čačkoviću Dr. Marković.

* Między 29 stycznia a 4 lutego doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie dąbrowskim i o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim, dobromilskim, doliniańskim, drohobyckim, gródeckim, jaworowskim, kamioneckim, kolbuszowskim, lwowskim — po 1 gminie; w nadwórniańskim, przemyślańskim i rawskim — po 2 gminy.

* „The Lancet“ donosi, że wśród wziętych do niewoli po kapitulacyi fortecy Port Artur znajduje się 100 lekarzy.

* Nowe dzieła: W Jenie wyszło XI-te wydanie podręcznika „Ogólnej patologii i anatomii patologicznej“ przez prof. Zieglera“ w nakładzie Fischera. Dr. Karol Chodounsky wydał w Pradze „Podręcznik Farmakologii“.

* W Wiedniu wkrótce rozpocznie się budowa nowego Instytutu higienicznego, który w jesieni 1906 ma być oddany do użytku.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Mering z Halli mian. został profesorem i kierownikiem kliniki lekar. w Kolonii. Prof. Ehrlich mian. został profesorem honorowym w Getyndze. Dr. Celli mian. został prof. doświadczalnej higieny i sanitarnej policyi. Dr. François-Franck mian. został w miejsce Mareya profesorem historyi naturalnej w Collège de France.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Oktawian Piotrowski, b. lekarz powiatu zamojskiego, owruczanin, wyzwoleniec kijowskiego uniwersytetu, zmarł na wsi w Radomskiem, licząc lat 68. Dr. Józef Glabisz zmarł w Gniewkowie (Wielkopolska) w 59 r. życia. Profesor anatomii Birmingham zmarł w Dublinie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Malinowski: Hydroa vacciniformis.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 2. Zanietowski: Rzut oka na prace moje o klinicznem zastosowaniu rozbrojeń kondensatora (1899—1905) w świetle krytyki fachowej, oraz przyczynek do nauki o klinicznej myografii. Marcinkowski: Zatrzymanie moczu jako jedyny podmiotowy objaw prawdopodobnie ciąży zewnątrzmacicznej.

— *Medycyna* Nr. 5. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie (c. d.). Palmirski i Zebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 4 zawiera: W sprawie znaczków receptowych. — Czy Wydział lekarski we Lwowie jest potrzebny. — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.) — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Czy jest za dużo pism lekarskich polskich (c. d.). — Położenie lekarzy praktyków na prowincyi (c. d.)

— *Kronika lekarska* Z. 3. Totwiński: Promienie N i ich znaczenie fizyologiczne. Załęski: Ruch ludności miasta Warszawy w r. 1903 porównawczo z innemi miastami (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 7. Deyl: O rakovině ústroji očního. Teuner: O narkose éterové (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 11. Jayle i Berruyer: Nowy przyrząd do chloroformowania. Aubertin i Babonneix: Porażenie obustronne pobłonicze.

— Nr. 12. Mandoul: Epidemiologia zapalenia opon mózgowordzeniowych. M. Labbé i H. Labbé: Składowe części moczu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. Oppenheim: Nadużycia w przeszczepianiu ścięgien. Friedberger i Oettinger: Badania odkażającej własności griseryny. Osterroth: Przyczynek do kazuistyki „kerato mykosis aspergillina“. Hausmann: O obmacywaniu wyrostka robaczkowego i o utajonem jego zapaleniu. Mohr: O zapaleniu szpiku kostnego u osesków.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 7. Sacharoff i Sachs: O hemolitycznem działaniu substancyi światłotwórczych. Pfaundler: Automatyczne mieszadło przy robieniu prób surowicy. Starck: W sprawie ostrego rozszerzenia serca. Hohlfeld: Niedoskonałe tworzenie się kości. Lohrisch: Dwa przypadki „sporadycznego gnilca“. Schmidt: Zwężenie odźwiernika u oseska. Löhnberg: Przyczynek do suchot krtani u ciężarnych i do sprawy sztucznego poronienia. Bahr: Operacya i dojrzewanie zaćmy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7. Bartel: Drogi zakażenia gruźlicą przez karmienie. Kraus i Doerr: O antytoksynie dyzenterycznej. Pick: Doniesienia z zakresu granicznego psychiatryi a neurologii. Taussig: Endemiczny nieżyt żołądka w Hercogowinie (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 7. Finger: Zapobieganie rzeżączce i poronne jej leczenie. Herff: W sprawie ofiarowania żyjącego dziecka dla uratowania matki. Riese: Doświadczenia w zakresie chirurgii dróg żółciowych. Pólya: Zakrzepowe zapalenie żył krezkowych jako fatalne powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego. Sehrwald: Wzmaganie się aglutynacyi prątków durowych i jej wartość dla rozpoznania duru. Brugger: Zastosowanie opatrunków wyskokowych.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: 1) W sprawie patogenezy dwoinek Fraenkel'a. Przypadek zapalenia przerzutowego (*pneumococcos matastatica*). 2) Ein Fall von Chloroma multiplex.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 7 (od dnia 12/II do 18/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 26; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 10; zamiejscowych: męż. 11, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 1, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 3. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 31, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

FORMAN.



(Chlormethylmenthyleter $C_{10}H_{19}OCH_2Cl$.)

Przeciw katarowi! Przez wielu lekarzy klinicznie wypróbowany i używany jako swoisty, **idealny lek w katarze.** Polecany jako środek ochronny i kojący w grypie. Sposób zastosowania: Jako zapobiegawczy lub w lekkich postaciach nieżytowych formanowa wata. W cięższej postaci nieżytu formanowe pastylki do wziewań za pomocą formanowego naczynia do wziewań. Użyty stosownie nie zawodzi. *Próbki i literatura opłatnie.*

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM LINGNER, Drezno.

Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER Bodenbach n. E, (Podmokłe).

222 b

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym środkiem **przeciwgruźliczym**, doskonałym **wewnętrznym** lekiem **przeciwzołzowym** (także w uporczywych biegunkach na tle zołzowem), a w dużych dawkach (10—15 g. dziennie, dla dzieci 1—6 g. w 4 częściach) pewnie i szybko działającym lekiem we wszystkich **ostrych chorobach dróg oddechowych** od zwykłych zaziębień aż do **najpowikłańszego zapalenia płuc.**

Xeroform — **Najlepiej zastępuje jodoform.** Przy użyciu bezwonny, niedrażniący, nietrujący, nawet wewnętrznie w dużych dawkach jako lek odkażający jelita. Wysusza znakomicie, koi ból, tamuje krwawienie. **Najszybciej wywołuje pokrywanie się ran naskórkiem.** Odwania nawet posokowate wydzieliny. **Lek** swoisty w **wypryskach sączących, otręcie, wrzodzie goleni, oparzeniach.** Zużywa się go niewiele, przeto tani.

Bruns'owska maść xeroformowa.

Kwas acetylosalicylowy, w proszku i w kołaczykach.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła 2 b

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka).

Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie,** gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bolach głowy i gośćcowym bolu zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowem. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako wcierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomite usługi.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe,** Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler,** handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2·40, mała K. 1·20 — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

— Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu. —

MEDAL ZŁOTY NA WYSTAWIE W PRADZE 1896.

I. KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH

pod kontrolą Komisyi przemysłowej krak. Tow. lekarskiego

M. L. DOBROWOLSKIEGO w Podgórzu

POLECA:

Watę Brunsa, watę szpitalną, watę drzewną, watę celulozową, watę białą klejoną w rulonach, włókno drzewne, batyst Billrotha, jedwab i katgut surowe lub preparowane, fil de Florence, kalikot biały i szary, organtynę białą odtłuszczoną i szarą. — Opaski, gazy impregnowane i inne opatrunki używane. — Plastry smarowane własnego wyrobu i amerykańskie — Pastylki sublimatowe Prof. Obalińskiego.

Dyplom honorowy jako najwyższe uznanie za wyrób opatrunków, Lwów, 1888.

Jedyna Fabryka w kraju, posiadająca własną karderyę parową waty.

Laboratoryum parowe. — Oświetlenie elektryczne.

NB. **5% od czystego zysku w roku bieżącym przeznaczam na fundusz wdów i sierot po lekarzach.** 170

Przybywanie białka krążącego

pod działaniem Sanatogenu — por. Therapie der Gegenwart No. 10, rocznik 1904. Wskutek swego zarazem wybitnie neurotonicznego działania wywiera Sanatogen znakomity skutek odżywczy i sprawia szybkie wzmaganie się sił. Sanatogen wcale nie działa drażniąco i dlatego znosi go doskonale każdy organizm. Piśmiennictwo i próbki PP. Lekarzom rozsyła się na każde żądanie.

- - - - - - - - **Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48.** - - - - - - - -

24